Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 kwietnia 1885. № 16. Rok XXIV.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

IV. Rana postrzałowa tchawicy; śmierć z powodu rozedmy podskórnéj mimo wykonanéj tracheotomii.

Podał Dr. Rydygier.

Zranienia dróg oddechowych zdarzają się w ogóle dość rzadko; podług zestawienia Wittego (*Über Verwundungen des Kehlkopfes und ihre Behandlung, insbesondere über die Bedeutung der prophylaktischen Tracheotomie bei denselben*, Langenbecka Arch. t. 21 zeszyt 1, 2 i 3) przypada podczas wojny 5 takich zranień na 10.000 innych, a w pokoju stosunek ten jest jeszcze mniejszy. Podczas gdy w wojnie naturalnym biegiem rzeczy widzimy prawie wyłącznie rany postrzałowe, to w czasie pokojowym znajdujemy częściéj rany zadane ostremi narzędziami (nożem, brzytwą), a iście rzadko postrzałowe. Ze względu więc już na rzadkość, a głównie z powodu jego przebiegu, uważam ogłoszenie tego przypadku za wskazane.

Pohlenz Wojciech, uczeń 17 lat liczący, otrzymał postrzał z odległości 10 metrów wieczorem dnia 22 czerwca 1884 w okolicę szyi, poczém jeszcze odbył drogę do domu blisko 2 kilometry daleką. Mimo że nie wystąpiły żadne niepokojące objawy, nauczyciel zastraszony zaprowadził chłopca do kol. Dra Rothego wzywając jego pomocy. Rana na szyi była ledwie wielkości małéj główki od szpilki i zaschnięta. Kol. R. nie widząc ani utrudnionego oddychania ani najmniejszéj zmiany głosu zalecił zimne okłady na szyję i spokojne ułożenie w łóżku (chory odszukał go w teatrze), dodając, żeby go natychmiast zawezwać, skoroby pokazało się tylko choć najmniejsze utrudnienie w oddychaniu. Jakoż rzeczywiście następnego dnia przywołano go, oddychanie było nieco utrudnione, lewa strona szyi lekko wzdęta w skutek rozedmy podskórnéj. R. zalecił przenieść chorego do kliniki naszéj celem wykonania tracheotomii. Niestety przeniesienie chorego opóźniło się aż do południa. Wtenczas sięgała już rozedma w górę pod oczy, na dół dwa palce poniżéj obojczyków zajmując całą szyję. Rozumie się, że nie zwlekaliśmy ani chwili operacyi; asystent odstąpił jéj wykonania, które miał w tym przypadku polecone, z grzeczności kol. Rothemu. Zaleciłem wykonanie tracheotomii dolnéj, chcąc o ile możności głęboko poniżéj rany postrzałowéj tchawicę otworzyć, ażeby tém pewniéj zapobiedz dalszemu wnikaniu powietrza pod skórę. Wykonanie operacyi było właśnie w tym przypadku znacznie utrudnione przez rozedmę podskórną. Zaprowadziliśmy zwyczajną rurkę tchawiczą podwójną z średnicą 7 mm. Oddychanie przez pewien czas było swobodniejsze, ale niezupełnie wolne; rozedma choć powoli ale stale powiększała się. Nie udało nam się wykryć przyczyny utrudnienia w oddychaniu mimo kilkakrotnego wyjęcia rurki wewnętrznéj i wprowadzania gęsiego pióra i cewnika elastycznego, przez który próbowaliśmy wyssać resztki krwi, jeśliby się coś z niéj do płuc dostało,— wszystko bez skutku.

Zrana następnego dnia (24 czerwca) znaleźliśmy twarz nieco siną; rozedma rozszerzyła się; oddychanie stawało się coraz cięższém. Objawy niedostatecznego oddychania stawały się coraz groźniejsze, aż nad ranem 25go śmierć nastąpiła. Nadmienić jeszcze musimy, że chory po tracheotomii kilka razy niby zachłysnął się pijąc mleko, ale najczęściéj wypił podaną dawkę zupełnie dobrze, tak, iż nie zwróciliśmy na to naszéj uwagi. Gorączka nie podnosiła się nigdy nad 38°C.

Niestety z przyczyn odemnie niezależnych nie mógłem być obecnym przy sekcyi. Szczegóły następujące zawdzięczam pp. fizykowi Dr. Nadrowskiemu i Dr. Rothemu: Rozedma podskórna sięgała na całą twarz, szyję, całe piersi i obie odnogi górne. Przebieg kanału postrzałowego był następujący: Kula przeszyła skórę szyjną nieco na prawo od linii środkowéj poniżéj chrząstki tarczykowéj przedziurawiając więzadło tarczo-obrączkowe, a zbaczając

dalej ku lewej stronie i dołowi wycięła w tylnej ścianie tchawicy okrągłą dziurkę; dalej przeszyła przednią i tylną ścianę gardziela, następnie weszła w trzon 6go czy 7go kręgu szyjnego blisko lewego wyrostka poprzecznego; odtąd opuściła się robiąc kanał w kości prawie prosto na dół i wyszła z 2go kręgu piersiowego pozostając tuż przy kości. Opłucny żebrowej nie obraziła; widać było tylko na niej jakby drobną wybroczynę. W obu jamach opłucnowych znalazło się około 200 cm. sz. krwawo-surowiczego płynu, a nadto na dolnym płacie prawego płuca nieco osadu włóknikowego. Pomiędzy tylną ścianą tchawicy a przednią gardziela znajdowała się mała ilość mazi składającej się z ropy i resztek potraw; nieco więcej tejże znaleziono pomiędzy tylną ścianą gardziela a kręgosłupem. Zapalenia tchawicy, ani oskrzeli, ani krwi w oskrzelach nie było. Podług zdania obducentów śmierć nastąpiła w skutek uduszenia. W protokóle obdukcyjnym nie znajdujemy niestety żadnej wzmianki, czy była rozedma śródpiersia przedniego.

Zestawiając wynik badania pośmiertnego z przebiegiem i zejściem zranienia nie możemy żadną miarą wytłumaczyć sobie, dla czego mimo tracheotomii wzmagała się rozedma podskórna, dla czego oddychanie nie było swobodne, rurką tchawiczą coraz więcej powietrza wnikało pod skórę, gdy powinno było rurką wychodzić. Gdybyśmy byli zrobili tracheotomię górną, moglibyśmy byli sądzić, że koniec rurki, nie sięgając aż poniżej rany postrzałowej, zatknął się choć w części z obrzmiałą naokoło otworu błoną śluzową tchawicy, ale właśnie dla tego, ażeby tego uniknąć, wybraliśmy tracheotomię dolną, tak że cała rurka była poniżej otworu postrzałowego, a powietrze chcąc wnikać przezeń pod skórę musiało pomiędzy ścianami tchawicy, a rurką od góry wypływać. Pojmujemy, że otwór okrągły wycięty w tylnej ścianie tchawicy, a więc stojący zawsze otworem, ułatwiał znacznie wnikanie powietrza do tkanki podskórnej, ale nie rozumiemy, dla czego ono nie wypływało daleko szerszą rurką tchawiczą, albo co zamykało jej światło, że powietrze przez nią odpływać nie mogło, kiedy po śmierci nie znaleziono żadnego obrzęku błony śluzowej, ani innej przyczyny. Żałowałem, że nie miałem długiej rurki Koeniga pod ręką, możeby ona zapewniła swobodne oddychanie sięgając daleko niżej.

Bądź co bądź przypadek nasz jest bardzo rzadki, gdyż śmierć nastąpiła w skutek zwiększającej się rozedmy podskórnej mimo wykonanej tracheotomii. W żadnym razie nie przemawia ten przypadek przeciwko tracheotomii, tak usilnie zalecanej przez Langenbecka *(Die Tracheotomie als prophylactische Operation. Berl. klin. Wochenschr.* 1872, Nr. 14) i innych w obec obrażeń dróg oddechowych; przeciwnie chybaby można twierdzić, że z winy opóźnienia się w przeniesieniu chorego zapóźno wykonano operacyę, gdy powietrze utorowało sobie już drogę pod skórę, a drobne utrudnienie w oddychaniu rurką wystarczyło do dalszego rozwijania się rozedmy. Dalej stanowi nasz przypadek dobitny przykład, że rany dróg oddechowych z małym otworem są daleko niebezpieczniejsze, aniżeli obrażenia połączone z rozległem zranieniem części miękkich szyi, np. rany cięte (nożem, brzytwą).

Nie można też było przed badaniem zwłok rozpoznać obrażenia gardziela, chybaby go się przypuszczało wnioskując z przebiegu kanału postrzałowego. Ciekawym objawem jest nareszcie nagłe zboczenie kuli po wstąpieniu do kości i przebieg jej prostopadły na dół, oraz pozostanie jej tuż przy kości po opuszczeniu się bez obrażenia opłucny.

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Billrotha w Wiedniu.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowej.

Nowa metoda operacyjna pomysłu Billrotha: Wycięcie raka odźwiernika po poprzedniem wykonaniu gastroenterostomii Wölflera. Wyleczenie.

Opisał Dr. Roman Barącz,
b. lekarz szpitala powszechnego we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Operacyę opisaną wykonał prof. Billroth w swojej sali operacyjnej. Dotychczas wszystkie laparotomije wykonywał w umyślnie ku temu celowi przeznaczonej, poprzednio odwonionej i do 20°R. ogrzanej izbie, do której zaledwo kilku zaproszonym lekarzom wstęp dozwolono. Obecna laparotomija jest trzecią z rzędu, którą prof. Billroth wykonał w sali operacyjnej wobec kilkuset widzów. Z tych pierwsza gastroenterostomija wobec rozległego raka zakończyła się niepomyślnie już w dniu operacyi wieczorem skutkiem zapadu już znacznie kachektycznego chorego; druga, owaryjotomija obustronna, wykonana 3 lutego br., zakończyła się wyzdrowieniem chorej; trzecia powyżej opisana zakończyła się również pomyślnie. Myśl do połączenia gastroenterostomii Wölflera z wycięciem odźwiernika powziął pierwszy prof. Billroth, a przypadek niniejszy jest pierwszym i jedynym, w którym operacyę tę zastosował z dobrym wynikiem. Nasuwa się pytanie, dla czego nie połączono wprost ze sobą za pomocą szwów części resekowanych. Powodem, dla którego tego zabiegu zaniechano i prócz resekcyi odźwiernika wykonano równocześnie gastroenterostomię, jest następująca okoliczność. Wobec wielkości części resekowanych w takich razach dokładne zbliżenie i połączenie zdrowej (resekowanej) części dwunastnicy ze zdrową częścią żołądka jest niemożebnem z powodu znacznego oddalenia obwodowych części resekowanych wobec kruchej błony mięsnej dwunastnicy z jednej, a niepodatności sztywnych ścian żołądka z drugiej strony. Trudność ta odpada przy połączeniu gastroenterostomii z resekcyją choćby znacznej części odźwiernika i ścian żołądka, gdyż w tym przypadku łączy się bezpośrednio jelito próżne z żołądkiem, odpada więc niekorzystny warunek zbytecznego oddalenia części resekowanych. Nie należy przypuszczać niekorzystnych następstw z powodu resekcyi tak znacznej części żołądka jak w niniejszym przypadku, (gdzie prawie połowa żołądka, jak z załączonych rycin wywnioskować można, odjętą została), żołądek bowiem w takich razach jest zwykle rozszerzonym (jakkolwiek w naszym przypadku tylko nieznacznie). Nadto doświadczenia Kaisera, na psach wykonane, wykazały, że one wycięcie, nawet znacznych części, żołądka nie źle znoszą; pies zaś, u którego K. wyciął prawie cały żołądek, a część odźwiernikową zeszył wprost z wpustem do żołądka, żył ośm miesięcy (patrz poniżej).

Co do nasuwającego się pytania, którą z wspomnianych trzech operacyj (1. resekcyja odźwiernika, 2. gastroenterostomija Wölflera, 3. resekcyja odźwiernika wraz z gastroenterostomiją) wobec raka odźwiernika wykonać należy, zależeć to będzie od stosunków napotkanych dopiero po otwarciu jamy brzusznej; naturalnie, że natrafić można na przypadki tak ciężkie, w których do przedsięwzięcia żadnego z tych rękoczynów już zdecydować się nie można (patrz poniżej).

W przypadkach, gdzie rak nie jest zbyt rozległym a

zrosty z sąsiedniemi częściami (głową trzustki) łatwo uwolnić można, wskazaném będzie wycięcie odźwiernika; w przypadkach, gdzie napotkamy bardzo znaczne zrosty, wskazaną będzie gastroenterostomija sama; w przypadkach wreszcie, gdzie guz jest bardziéj odgraniczonym, gdzie jednak zbliżenie części przeciętych i zeszycie ze sobą z powodu oddalenia jest niemożliwém, tam wskazaną jest gastroenterostomija z resekcyją odźwiernika.

Jako dowód, jak trudnym jest wybór pomiędzy owemi trzema przytoczonemi sposobami operacyi, jak niepewném jest ocenienie rozległości guza przed operacyją, jak znaczne trudności powstać mogą podczas saméj operacyi, posłużyć może podany poniżéj w krótkości opis operacyi dokonanéj d. 21 lutego b. r. na kobiecie 45 letniéj, wychudłéj o barwie ziemistéj (wybitném charłactwie nowotworowém), u któréj rozpoznano rozległy rak żołądka. Badanie wykazało u niéj w okolicy odźwiernika guz o powierzchni gładkiéj wielkości jaja kurzego w kierunku pionowym i poziomym pod skórą w głębi przesuwalny. Dnia 21 lutego br. przystąpiono do operacyi gastroenterostomii a ewentualnie do resekcyi części rakowato nacieklych zarazem. Cięcie poprowadzono w linii białéj od wyrostka mieczykowego do pępka aż do otrzewny ściennéj, którą nożem Potta rozszerzono ku górze i dołowi. W ranie widać było można dokładnie lewy płat wątroby i jelito poprzeczne. Odszukano żołądek powyżéj jelita poprzecznego i wydobyto guz na zewnątrz. Badanie atoli wykazało, że nietylko sam odźwiernik przedstawiał guz jednolity, twardy, w wielkości sporego jaja kurzego, ale nadto guz ten stał w bezpośrednim związku z drugim nieco mniejszym guzem w jelicie poprzeczném, zajmującym ściany tegoż. Powzięto więc następujący plan najpierw wykonać resekcyję okrężnicy poprzecznéj, potém gastroenterostomiję a wreszcie resekcyję odźwiernika. Przystąpiono najprzod do resekcyi okrężnicy poprzecznéj. W tym celu podwiązano częściowo sieć większą, tuż przy miejscu, gdzie się ona do jelita poprzecznego przyczepia; część sieci wielkiéj przepalono termokauterem i w ten sposób odjęto; gdy atoli po następowém dokładném badaniu krezki jelita poprzecznego wymacać się dały w tejże pojedyncze gruczoły twarde, a nadto guz wielkości jaja gołębiego, odstąpiono od planu, na jaki się zrazu decydowano: resekcyi okrężnicy poprzecznéj na przestrzeni 8—10cm., resekcyi odźwiernika i następowéj gastroenterostomii, przystąpiono tylko do wykonania saméj gastroenterostomii. Tym razem cięcia w żołądku i jelicie próżném zrobiono dłuższe jak poprzednio zazwyczaj robiono, mniéj więcéj 6cm. wynoszące, w miejscu fałdu dwunastnicowo-jelitowego po odszukaniu tegoż dokładném i dokładném ujęciu części mających się resekować w 4 palce asystentów. Założono około 14 szwów Wölflera wewnętrznych, również tyle zewnętrznych, wzmocniono ranę jeszcze około 8 szwami drugorzędnemi Czernego i po dokładném oczyszczeniu gąbkami, tak zeszyte jelita wpuszczono do jamy brzucha. Założono jak zwykle szwy węzełkowe osobno na otrzewnie, potém zeszyto powięzie i mięśnie brzuszne, a wreszcie szwem kuśnierskim zespojono brzegi skóry. Operacyja ta trwała 3 kwadranse. Ranę zaopatrzono opatrunkiem mięszanym. Zagoiła się ona *per primam*, przypadów ze strony narządu trawienia nie było żadnych, wymioty po operacyi ustały zupełnie, wejrzenie i humor choréj podniosły się znacznie. Pozostaje ona dotąd dla obserwacyi w klinice.

W przypadku tym niemożliwém było wyciąć gruczoły krezkowe, gdyż należałoby było podwiązać gałęzie tętnicy krezkowéj górnéj, co groziło zgorzelą tych części jelit, które ta tętnica odżywia.

Ponieważ gastroenterostomija wraz z resekcyją odźwiernika dopiero raz dotąd, dnia 15 stycznia b. r. przez prof. Billrotha, wykonaną została i stanowi niejako epokę w szeregu operacyj na żołądku dokonanych, uważam za rzecz stosowną podać tu w krótkości rys historyczny wszystkich operacyj w ogóle na żołądku dokonanych i doświadczeń, które je poprzedziły. Zacznę od ostatnich.

Rany żołądka za czasów Hipokratesa uważano za zabójcze. Gdy Karol Teodor Merrem pierwszy objawił myśl usunięcia raka odźwiernika drogą resekcyi i przedsięwziął w tym celu w roku 1810 szereg doświadczeń na psach, uważano te usiłowania jako śmiałą mrzonkę. Doświadczenia jego na 3ch psach wykonane nie udały się. Używał on metody wgłobienia i gastrorafii do zeszycia brzegów rannych. Doświadczenia podobne przedsiębrał już w zeszłém stuleciu pewien lekarz w Filadelfii, jak to sam Merrem w swojéj pracy podaje (*Animadversiones quaedam chirurgicae experimentis in animalibus factis illustr.* Gissae, 1810).

Następne doświadczenia na psach, celem zastosowania tych rękoczynów na człowieku, przedsięwzięli Gussenbauer i Winiwarter w Wiedniu w r. 1874, według podania swego, bez świadomości o doświadczeniach wykonanych już w r. 1810 przez Merrema. Do doświadczeń użyto 7 psów, z tych 5 zdechło skutkiem następowego zap. otrzewny z przedziurawieniem a 2 wyzdrowiało. Gussenbauer użył t. zw. szwu czterech mistrzów (*Naht der 4 Meister*) albo t. zw. *Darmachternähte (vide Bardeleben Chirurgie*, t. III, str. 686). Warunki, w jakich doświadczenia swe wykonali, były bardzo niekorzystne a mimo to osiągnęli 2 wyniki korzystne na 7 zwierząt operowanych. Ci sami starali się zbadać również patologiję raka odźwiernika na stole sekcyjnym. W tym celu przejrzeli protokoły sekcyjne szpitala powszechnego w Wiedniu począwszy od roku 1817 aż do 1875. Na 61.281 sekcyj w tym okresie tamże wykonanych znaleziono rak żołądka w 903 przypadkach, w których przypadło na odźwiernik 542 przypadków. Z tablic, które w pracy swéj załączają, okazuje się, że raki téj części żołądka mają najmniejszą skłonność do przerzutów (*Die partielle Magenresektion* itd. *von Dr. Gussenbauer im Vereine mit Dr. v. Winiwarter, Langenbecks Archiv*, t. XIX, 1876).

Przytoczyć mi tu wreszcie należy pokrótce doświadczenia i spostrzeżenia Dra F. C. Kaisera w klinice prof. Czernego także na psach wykonane w celu przekonania się, jak zwierzęta te większe zabiegi operacyjne na żołądku (resekcyje) znoszą (*Beiträge zur operativen Chirurgie von Prof. Czerny*, 1878 i Dr. C. F. Kaiser. Zachęcała Kaisera do tych doświadczeń wyżéj przytoczona praca Gussenbauera i Winiwartera. Doswiadczenia te na 15 zwierzętach mniejszych, a przeważnie na psach, wykonane były trojakiego rodzaju: 1) resekcyja żołądka w kształcie pierścienia i owalu, 2) wycięcie żołądka wraz z śledzioną i częścią sieci i 3) wycięcie samego tylko żołądka. Pierwszy szereg doświadczeń dał wyniki bardzo korzystne, gdyż na 5 zwierząt zdechło 1 (królik). Ten szereg doświadczeń zachęcił autora do dalszych; starał się on przekonać, czy cały żołądek da się wyciąć a względnie jak wielką część żołądka wyciąć można zwierzęciu bez zagrożenia jego życiu. Te doświadczenia były ze znaczniejszemi trudnościami połączone z powodu tak wielkiego oddalenia wpustu żołądka od odźwier-

nika i ztąd wynikającego napięcia wpustu, przyczém w jednym przypadku wylała się treść żołądka do jamy brzucha. Nadto gałęzie *Art. coron. ventric. sin.* osobno trzeba było podwiązać. Ten szereg doświadczeń dał wyniki niekorzystne. Śmierć następowała jużto skutkiem napięcia znacznego części wpustowéj żołądka i następowego zastoju żylnego i zgorzeli, jużtéżto skutkiem zapalenia otrzewny. Ciekawą jest jednak rzeczą, że pies z tego szeregu doświadczeń, któremu wycięto cały żołądek wraz z śledzioną, żył trzy tygodnie i przybyło mu ciężaru ciała a uległ zapaleniu otrzewny w następstwie przedziurawienia rany w skutek nieodpowiedniego karmienia. Przy doświadczeniach, należących do tego szeregu jak i do następnego, musiano w kilku przypadkach wycinać kliny z części wpustowéj żołądka i zeszywając ten ubytek w ten sposób wyrównywano niestosunek znaczny świateł odźwiernika i części wpustowéj. Ażeby się przekonać, czy zwierzęta lepiéj zniosą wycięcie samego żołądka, starano się w następnym szeregu doświadczeń pozostawić śledzionę i sieć. Z szeregu tego doświadczeń wszystkie zwierzęta uległy zapaleniu otrzewny z wyjątkiem jednego psa, który żył po operacyi aż do ogłoszenia téj pracy przez autora, t. j. dziesięć miesięcy, i któremu przybyło na wadze 25.000grm. We wszystkich tych doświadczeniach użyto ścisłéj metody antyseptycznéj podług Listera. Jakkolwiek doświadczenia te odnoszą się do małych zwierząt (zdrowych psów), które, jak wiadomo, zabiegi operacyjne na trzewach nieźle znoszą, to jednak wiele rzucają światła na stosunki anatomiczne i tolerancyję wobec rękoczynów téjże okolicy i u człowieka, a z powodu niemocy, w jakiéj się znajdujemy wobec raka żołądka a zwłaszcza odźwiernika, tak strasznéj i niechybną śmiercią grożącéj choroby, każdy przyczynek nowy do chirurgii téj okolicy bądź na drodze doświadczenia, bądź téż na drodze operacyi uzyskany witać winniśmy z radosném uczuciem. I bezwątpienia możliwość utraty nawet znacznéj części żołądka u jednego tylko zwierzęcia (psa) bez szkody znaczniejszéj dla jego organizmu na drodze operacyjnéj doświadczeniem stwierdzona popchnęła prof. Billrotha do podjęcia i wykonania wyżéj opisanéj mozolnéj operacyi.

Następujący szereg operacyj wykonano dotychczas na żołądku ludzkim (naturalnie w celach leczniczych).

Gastrotomiję w celu wydobycia ciała obcego z żołądka (nóż $9^1/_2$ cala długi) wykonał pierwszy Tl. Mathis z Brandenburga i to z dobrym wynikiem w r. 1602.

Gastrostomiję z powodu raka przełyku wykonał pierwszy Sédillot w r. 1849, chory jednak uległ rękoczynowi w 21 godzin po operacyi. Najwięcéj wyników korzystnych po gastrostomii miał Sydney Jones w Londynie (2:3).

Resekcyję odźwiernika wobec raka wykonał po raz pierwszy J. Péan w Paryżu d. 9 kwietnia 1879, chory jego jednak umarł już 5go dnia po operacyi skutkiem zapadu. Drugą z rzędu resekcyję odźwiernika wobec raka wykonał Rydygier w Chełmnie w r. 1880, prof. Billroth zaś trzecią, pierwszą z dobrym wynikiem w r. 1881.

Resekcyję odźwiernika wobec wrzodu żołądka przeszywającego zaproponował Rydygier i wykonał po raz pierwszy d. 21 listopada 1881 z dobrym wynikiem. Myśl do wykonania gastroenterostomii wobec znacznego raka odźwiernika powziął pierwszy A. Wölfler podczas operacyi saméj, którą też natychmiast wykonał z dobrym wynikiem d. 27 września 1381. Operacyja dotyczyła 38 letniego mężczyzny przysłanego do kliniki prof. Billrotha z kliniki prof. Bambergera, który od $^1/_2$ roku miał cierpieć na objawy raka żołądka. Guz po zachloroformowaniu chorego okazał się przy omacaniu wielkości cytryny i we wszystkich kierunkach łatwo przesuwalnym. Po otwarciu jednak jamy brzusznéj okazały się obfite zrosty z *lig. gastroduodenale* i głową trzustki. Wobec tego stanu należało albo zeszyć tylko powłoki brzuszne napowrót, albo założyć przetokę w dwunastnicy, któryto ostatni zabieg nie wieleby się był przyczynił do ulżenia stanowi chorego z powodu utraty żółci i soku trzustkowego. Natychmiast powziął Wölfler myśl założenia przetoki bezpośredniéj z żołądka do jelita próżnego (jako części jelita cienkiego najłatwiéj dającéj się zbliżyć do przedniéj ściany żołądka). Wykonał téż zaraz tę operacyję i nazwał ją gastroenterostomiją. Chory jego wyzdrowiał.

Gastroenterostomiję wobec wrzodu odźwiernika i następowego zwężenia wykonał po raz pierwszy Rydygier i myśl do niéj podał (patrz Przegląd Lekarski, 1884, Nr. 19).

Gastroenterostomiję wreszcie połączoną równocześnie z wycięciem odźwiernika wobec znacznego raka tegoż (przezemnie powyżéj opisaną) wykonał po raz pierwszy prof. Billroth d. 15/1 b. r. w swojéj klinice z dobrym wynikiem.

Kończąc moją pracę złożyć winienem podziękowanie p. Radcy dworu prof. Billrothowi za chętne przyzwolenie na ogłoszenie tego przypadku i uczynność, z jaką pozwolił mi korzystać z materyjału klinicznego.

III. Dżuma w Iraku arabistańskim w r. 1884.

podał Dr. W. Jabłonowski w Bagdadzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Przebieg. Wspomniałem już uprzednio, że epidemija dżumy w Iraku arabistańskim została urzędownie i fachowo potwierdzoną przez Dra Saada, lekarza sanitarnego, wysłanego z Hanekin dopiero w miesiącu kwietniu, pomimo że zaraza grasowała już w Bedré od pierwszych dni lutego. Parę zaś miesięcy przed stanowczém stwierdzeniem jéj w Iraku zaraza szerzyła się już pośród plemion kurdzkich Lurystanu perskiego, koczujących w porze zimowéj wdłuż granicy turecko-perskiéj. Fakt istnienia tam dżumy potwierdziliśmy opierając się na świadectwie pewnego Emina mieszkańca Zorbatye, który nas zapewnił, że kilka osób z jego rodziny mieszkającéj w Lurystanie padło ofiarą zarazy. Co więcéj, władze perskie ustanowiły łańcuch sanitarny w celu przerwania wszelkich stosunków od strony Kermanszachu. Jednocześnie Hussein Khuli han, gubernator Lurystanu, otoczył strażą miejscowość koczującego plemienia „Szohan,“ rozciągając posterunki aż do przesmyka zwanego „Teng“, właściwéj drogi prowadzącéj z Zorbatye do Persyi. Zastósowanie więc tych środków hygijenicznych miało swój powód ukryty w istnieniu rzeczywistém dżumy pośród plemion kurdzkich. Z ichto koczowisk i wiadomą już drogą zaraza przedostała się do Bedré, ogniska, z którego znowu choroba rozwlekła się do innych w pobliżu leżących punktów. Grasując w Bedré już od początku lutego, zaraza po urzędowém jéj sprawdzeniu dopiero od kwietnia została uznaną za epidemicznie panującą. Bo jakkolwiek władza administracyjna na prowincyi została wcześnie zawiadomioną przez naczelnika okręgu Kut el-Amara (do którego należy i Bedré) o istnieniu dżumy, i to, ponieważ było wynikiem szczególnie szczęśliwego zbiegu okoliczności, nie zostało na razie należycie uwzględnioném. Samo zaś odkrycie zarazy w Bedré odbyło

się w następujący sposób: Pisarz sanitarny z Hanekin Ibrahim-Effendi w celu załatwienia kwestyi rachunkowéj został posłany do Zorbatye. Bawiąc tu, czyto z nudów, czytéż przez samą ciekawość, dowiadywał się o stanie zdrowotnym miejscowości i wkrótce nabył pewności, że w Bedré znajdują się chorzy dotknięci gorączką i dymienicami, i że śmiertelność z tego powodu jest tam niezwykłą. Nie mając odwagi zadecydować o naturze choroby, zwrócił się do adjutanta majora Jussuf-Effendego dowodzącego dwoma szwadronami jazdy, obozującemi w pobliżu, prosząc o przysłanie do Bedré lekarza lub choćby tylko felczera wojskowego, w celu stwierdzenia stanu chorobowego, wzbudzającego wielkie podejrzenie. Że zaś nie miano lekarza, posłano więc felczera. Ten ostatni, jakkolwiek z obawą, zgodził się jednak na napisanie raportu, zawiadamiającego władzę o istnieniu w Bedré choroby zakaźnéj, o któréj naturze nie był w stanie wydać żadnego stanowczego zdania, jakkolwiek nazwa choroby („Taun“ po arabsku) została podaną, ale tylko w drodze przypuszczenia! Następstwem tego raportu wysłanego do komendanta korpusu było wydelegowanie najprzód młodego lekarza wojskowego Faik-Effendego, który przybywszy do Bedré zadecydował, że panujący tu stan chorobowy nie jest „*Taun*“ a tylko „*Kara humma*“ czyli dur. Śród podobnych okoliczności zaraza rozwlekała się. Prowincyjonalny zarząd zdrowia nie mając żadnych pewnych wiadomości od urzędnika sanitarnego z Bedré, nie mogąc również uważać za pozytywne wieści wylęgających się co chwila, zdecydował się jednak posłać do Bedré Dra Saada, który przybył tu w początkach kwietnia i w swym raporcie, wysłanym z całym możebnym pośpiechem, uznał istnienie dżumy bardzo groźnéj. Lecz ta zwłoka w sprawdzaniu panującéj w Bedré choroby miała najfatalniejsze następstwa, pozwoliła bowiem na zdziesiątkowanie ludności w Bedré, opóźniła stósowanie środków sanitarnych, urządzenie łańcucha i posterunków strażniczych, które zostały wprowadzone w chwili najsilniejszego rozwoju zarazy, i zamiast spodziewanego ograniczenia jéj odrazu, przeciwnie, zaznaczyły tylko okres najgwałtowniejszego rozwoju zarazy. Fakt ten bardzo przykry, lecz charakteryzujący urządzenie i działalność miejscowéj służby zdrowia, uważałem za potrzebne przytoczyć. Po wysłaniu raportu tak Dr. Saad jak i urzędnicy sanitarni, niewyłączając i wojskowego felczera, porzuciwszy Bedré, powrócili na swe stanowiska. Szczęściem jednak i dzięki być może téj tak zwanéj „immunité“ profesyjonalnéj, nie stali się pośrednikami w zawleczeniu zarazy do innych bardziéj oddalonych punktów, a i sami téż również pozostali wolnymi od zarazy.

Wszystko zaś, co zaszło w Bedré od chwili wybuchu choroby, aż do urzędowego jéj stwierdzenia w kwietniu, nie da się ułożyć w szereg dat pozytywnych, ponieważ zebrane wiadomości opierają się tylko na opowiadaniach najczęściéj rozmijających się z istotnym stanem rzeczy i sprawy. Dopiero gdy łańcuch sanitarny umiejscowił, i że tak powiem ścieśnił, zarazę w Bedré, można było z całą ścisłością śledzić jéj przebieg.

Zastanawiając się nad objawami właściwemi dżumie, przekonaliśmy się, że zaraza podczas ostatniéj epidemii w Iraku, w największéj liczbie przypadków i bezwarunkowo we wszystkich dotkniętych punktach, miała bardzo gwałtowny przebieg. Daléj że zaraza w Iraku arabistańskim przedstawiała właściwą sobie cechę wydatniejszém wystąpieniem pewnych chorobowych objawów. Z obecnego zaś opisu jéj przebiegu ten można wyprowadzić pewnik, że zaraza od początku swego wybuchu w ciągu kwietnia, maja i czerwca grasowała z niezwykłą siłą i prawie z jednostajném wszędzie natężeniem. I dopiero, gdy stopień ciepłoty powietrza doszedł do 44°C., co miało miejsce po 20 czerwca, siła zarazy odrazu zaczęła słabnąć, tak że w ostatnich dniach miesiąca nie mieliśmy do zanotowania żadnego przypadku. Fakt zaś podobnego skłaniania się zarazy ku upadkowi z nastaniem silnych upałów nie tylko został stwierdzony w ostatniéj epidemii w Iraku, ale wszystkie inne ją poprzedzające, mianowicie bardzo mordercza epidemija w roku 1881, grasując z nadzwyczajną siłą w ciągu wiosennych miesięcy, w drugiéj połowie czerwca łagodniały w swym przebiegu, aby ustać zupełnie z rozpoczęciem się upałów lipcowych, pory roku, w któréj panuje tu „Sammun,“ czyli gorący wiatr pustyni. Dla epidemii dżumy w Iraku fakt rozwoju zarazy w okresie łagodniejszéj temperatury, dochodzenie choroby do punktu kulminacyjnego swéj siły, nie pierwéj i nie późniéj niż w drugiéj połowie czerwca, i wreszcie ustawanie zarazy bez różnicy miejscowości, w jakiéj panowała z końcem tego miesiąca, zdaje się być cechą dość charakterystyczną. Okoliczność ta tém więcéj zasługuje na uwagę, że wzmianki o niéj nie spotykamy w żadném ze spostrzeżeń dżumy obserwowanéj czy to w Egipcie, czy to w Smyrnie i Grecyi.

Gwałtownemu przebiegowi zarazy odpowiadała śmiertelność, któréj ofiary co do swéj ilości równają się prawie liczbie dotkniętych. Jedyny wyjątek w rzędzie fatalnych jéj następstw stanowią Dżesan i Mendeli, gdzie liczba dotkniętych była znacznie większą od ilości nieszczęśliwie zakończonych przypadków. Okres, w którym zaraza pochłonęła największą liczbę ofiar, był stosunkowo dość długi. Trwał bowiem od 27 maja do 19 czerwca, a zatém dni 23, w ciągu których kilka łagodniejszych przypadków zdołało uniknąć zwykłych następstw strasznéj téj plagi. I teto właśnie przykłady szczęśliwego zejścia dały mi możność zanotowania powikłań chorobowych, które były następstwem przebytéj zarazy. W pierwszym przypadku powracający do zdrowia po dwóch miesiącach ciągłego niedomagania uległ zgorzelinie płuc. Drugi przykład jestto porażenie odnóg dolnych, oniemienie i głuchota nerwowa u chłopca lat 16 liczącego, dotąd pozostającego w leczeniu. Obcującego z miejscową ludnością przy pierwszém z nią zetknięciu się uderzają nadzwyczaj częste przypadki głuchoty i pewnego niedającego się ściśle oznaczyć nieładu czy też osłabienia władz umysłowych. W innych warunkach podobny stan możeby przypisano niskiemu stopniowi oświaty, na jakim pozostaje ludność tutejsza. My jednak uważaliśmy te objawy tylko u osób, które będąc dotknięte zarazą szczęśliwie ją przebyły. Nie mniéj często uważaliśmy zdumiewające swą wielkością obrzmienia śledziony, długotrwające krwotoki z cewki moczowéj, bez wyjątku objawy spostrzegane tylko u dawniéj zadżumionych.

Dla dokładniejszego zapoznania się z siłą i gwałtownym przebiegiem dżumy w ostatniéj epidemii w Iraku, wykaz liczbowy i sumaryczny z całego okresu trwania zarazy, nie wątpię, że będzie przekonywającym. I cyfry najlepiéj posłużą ku poparciu moich wywodów. Wykaz ten jest opartym na codziennie otrzymywanych raportach o liczbie dotkniętych zarazą i przypadkach nieszczęśliwie zakończonych, i uwidocznia, że zaraza grasowała z największą siłą w Bedré, podczas gdy w trzech innych punktach, do których zaraza została przeniesioną w czasie niedającym się ściśle określić, siła i jéj śmiertelność nie były tak znaczne w sto-

sunku do ogólnéj liczby mieszkańców, dochodzącéj do jedynastu tysięcy dusz obojéj płci. Gdy zaś dodam, że wykaz nie obejmuje téj nieznanéj liczby przypadków, które ukryte uszły naszéj baczności, przekonamy się, że ludność okręgu objętego łańcuchem sanitarnym została prawie zdziesiątkowaną, w skutek gwałtownéj siły, z jaką dżuma szerzyła się w téj okolicy.

Okres czasu	Bedré		Zorbatye		Dżesan		Mendeli	
	zapadłych	zejść	zapadłych	zejść	zapadłych	zejść	zapadłych	zejść
Kwiecień								
Od 2— 7	6	4	—	—	—	—	—	—
„ 7—12	11	11	2	2	—	—	—	—
„ 12—20	16	13	4	3	2	1	—	—
„ 20—28	21	17	9	6	4	4	1	1
Maj								
Od 1— 8	17	16	6	4	3	1	3	1
„ 8—15	28	25	7	4	8	5	7	6
„ 15—20	37	33	6	2	7	3	9	2
„ 20—25	43	39	16	11	5	2	—	—
„ 25—31	28	22	11	7	11	4	4	—
Czerwiec								
Od 1— 8	74	53	7	5	8	6	3	1
„ 8—15	67	58	12	9	4	1	5	2
„ 15—20	81	64	16	16	6	1	2	—
„ 20—25	69	57	9	4	1	1	—	—
„ 25—29	37	26	4	1	—	—	2	—
„ 29—30	—	—	—	—	—	—	—	—
Suma	535	438	109	74	59	29	36	11

Klęska zaś, jakiéj uległa ludność w okręgu Bedré-Zorbatye, nie tylko miała za przyczynę epidemiję dżumy. Jednocześnie bowiem z tą ostatnią, od połowy marca do końca kwietnia, panowała jeszcze ospa, łącząc niejako ilość nieszczęśliwie zakończonych przypadków, z ogólną liczbą zejść wywołanych przez dżumę. Punktem najbardziéj doświadczonym było zawsze Bedré, gdzie śmiertelność łącznie z przypadkami ospy doszła prawie do tysiąca osób. I podczas gdy dżuma szerzyła się przeważnie pośród dorosłych mężczyzn i kobiet, ospa przeciwnie grasowała pośród dzieci i noworodków. Złośliwa jéj forma, tak zwana krwotokowa, była przyczyną, że niezauważyliśmy ani jednego przypadku zakończonego szczęśliwie. (C. d. n.)

IV. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił Dr. B. Skórczewski

lekarz zdrojowy w Krynicy.

I. Białkomocz przemijający.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Daleko mniéj jeszcze jest opracowaną sprawa zjawienia się białkomoczu przemijającego u ludzi ze zdrowemi nerkami pod wpływem jakichś przyczyn chorobowych, których bliżéj nie znamy, a których upatrywać nie można ani w zmienionéj mięszaninie krwi, ani w podniesionéj ciepłocie ciała, ani w zmienionéj czynności serca, ale chyba w zmienionéj czynności układu nerwowego, zwłaszcza nerwów regulujących krążenie w nerkach. Jedynie dosyć liczne w tym kierunku są spostrzeżenia, że po napadach padaczkowych, nawet nierozwiniętych, bardzo często zjawia się białko w moczu. Prócz tego Fischl (*Arch. f. klin. Med.*, 1881) zwrócił uwagę, że białko w moczu często występuje po napadach bólu w jamie brzusznéj z jakiejkolwiek przyczyny, byle ból był silny i trwał długo. Wtedy ilość moczu bywa mniejszą a białko, które występuje, znika po paru godzinach. Gubler spostrzegał białkomocz w porażeniu połowiczém, Liouville po urazie mostu Varola, Ollivier po udarze mózgowym, Fischer po wstrząśnieniu mózgu, Sanders i Rabenau u porażonych, Teissier w chorobach ośrodków mózgowych, Fürstner w obłędzie opilczym, Łaszkiewicz w zmianach nerwowych prawéj strony ciała. Nadto Lépine w swéj pracy p. t.: *Die Fortschritte der Nierenpathologie, deutsch bearbeitet von Havelburg.* Berlin, 1884, na str. 46 tak się wyraża: „Zdaje mi się, że białkomocz występujący w przebiegu histeryi bez napadów więcéj niż wszystkie inne spostrzeżenia przemawia na korzyść twierdzenia, że białkomocz może zależeć od układu nerwowego. Ale ten białkomocz u histeryczek bardzo rzadko się wydarza. W ubiegłym roku śledziłem tego rodzaju przypadek, mocz był jasny, a przytém dosyć widoczną była opuchlina podskórna, co utrudniało rozpoznanie; lecz w moczu nie można było wykryć wałeczków, a białkomocz jakotéż opuchlina były przemijające; dla tego zdaje mi się, że trafném było pojmowanie tego przypadku“.

Badając mocz niemal wszystkich chorych, których leczyłem w Krynicy, wielokrotnie spostrzegałem białko, którego przy następnych badaniach wyśledzić nie mogłem, ale znowu pojawiło się ono po pewnym czasie. Nie umiałem sobie wytłumaczyć przyczyny tego zjawiska, zwłaszcza, że nie mogłem dopatrzyć się żadnego związku między zjawianiem się białka a właściwém cierpieniem chorego, gdyż stanowczo mogłem wykluczyć ważniejsze a stałe zaburzenia w krążeniu w jamie brzusznéj.

Między innemi tego rodzaju przypadkami leczyłem w tym roku mężczyznę liczącego lat 45, dobrze zbudowanego, u którego znalazłem lekki przerost serca lewego, niedokrewność niskiego stopnia oraz niedomogę nerwową, która czasem robiła wrażenie psychozy, a łączyła się z bezsennością. U tego chorego występowało białko w moczu, ale nigdy nie udało mi się wykryć ani wałeczków, ani innych ciał, świadczących o anatomicznych zmianach nerek. Badając mocz dosyć często spostrzegałem, że ilość białka, oceniając ją okiem, zmienia się, a mianowicie: po nocy bezsennéj chory bywał zwykle więcéj zdenerwowany, a wtedy ilość białka bywała bardzo dużą; gdy się zaś chory uspokoił, co zwykle następowało po dobrze przespanéj nocy, ilość białka w moczu ograniczała się do małych śladów. W końcu leczenia, gdy stan ogólny zdrowia znacznie poprawił się, chory dobrze sypiał i pod względem nerwowym prawie zupełnie uspokoił się, wtedy i tych śladów białka dostrzedz nie mogłem.

W tym przypadku chorobowym przypuszczałem, że zjawianie się białka w moczu stoi w pewnym ścisłym stosunku do układu nerwowego, a mianowicie, że ogólny stan nerwowy wywiera pewien wpływ na nerwy naczynio-ruchowe nerek, skutkiem któregoto wpływu raz większe innym razem mniejsze występują ilości białka w moczu, a nawet całkiem ono znika. Nie zdołam jednak bliżéj określić tego wpływu, jakotéż rodzaju zaburzeń w układzie naczynio-ruchowym, a to tém mniéj, iż nie można tu stanowczo wykluczyć, czy znaleziony przerost serca lewego, lubo on był w niskim stopniu, nie wywołał przecież sam przez się pewnego rodzaju zmian krążenia w nerkach, a tém samém nie był główną a pierwotną przyczyną białkomoczu.

Drugi tutaj należący przypadek spostrzegałem również w tym roku. Byłto mężczyzna pochodzący z zamożnéj rodziny, liczący lat 23, wysoki, względnie silnie zbudowany, dobrze rozwinięty fizycznie i psychicznie, nie źle odżywiony ale nieco niedokrewny. Przed kilku laty przebył on zapalenie opłucny, skutkiem którego pozostało małe zapadnięcie klatki piersiowéj. Zresztą nie znalazłem u niego żadnych zmian w całym ustroju prócz zwątlenia przewodu pokarmowego ale bez znaczniejszéj zastoiny kałowéj. Chory opowiadał mi, że od lat trzech czy czterech doświadcza chwilami pewnego zgnębienia psychicznego, zniechęcenia i ogólnego osłabienia, wyczerpania. Nie trwa to długo, ale gdy się pojawiają takie napady, zauważył, że w tym czasie prącie mu się nie napręża, traci wtedy zupełnie zdolność płciową. Chory radził się rozmaitych lekarzy, przeważnie niemieckich w Berlinie, z których, jak chory opowiadał, jedni uważali jego cierpienie jako „proste następstwo samogwałtu,“ którego się dopuszczał przez krótki czas ale przed wielu laty; inni dopatrywali nasieniotoku, inni znowu sądzili, że to jest cierpienie gruczołu krokowego, a dopiero przed dwoma laty jeden z lekarzy zwrócił jego uwagę na białko w moczu. Od tego czasu chory sam ciągle bada mocz i znajduje białko w nim prawie zawsze, ale tylko w moczu drugim po wstaniu, tj. nie znajduje białka w moczu, który oddaje z nocy, ale znajduje je w moczu następnie oddanym między godziną 10 a 12, podczas gdy mocz z reszty dnia znowu białka nie zawiera. Wszystkie dotychczasowe sposoby leczenia, lubo je bardzo ściśle przeprowadzał, choroby téj nie usunęły, i nie wywarły na nią żadnego wpływu. To tylko zauważył, że z początku leczenia się zdrojowego w Szwajcaryi białko w moczu nie występowało przez parę tygodni, ale późniéj wśród leczenia powróciło, i nie ustąpiło więcéj; dopiero na drugi rok w czasie pobytu w Zakopaném znowu znikło białko na parę tygodni, a potém wróciło i utrzymuje się dotąd. Chory nie robi wrażenia człowieka zdenerwowanego, ale raczéj jest on zgnębiony swą chorobą, która trwa lat kilka. Choroba jest dlań przykrą, gdyż osłabia go chwilami, a przeto zniechęca go do życia, że łączy się ona z niezdolnością płciową. Mocz badany w tym dniu popołudniu nie zawierał białka, ale na drugi dzień rano znalazłem go bardzo dużo w drugim moczu. Od tego czasu zaś przez 21 dni, pomimo bardzo częstego badania moczu, nie znalazłem w nim żadnych śladów białka, a również chory, który dokładnie przez dwa lata nauczył się tego badania, nie dostrzegał takowego. Śród używania środków zdrojowo-kąpielowych, picia wody krynickiéj, używania kąpieli gazowo-wodnych (żelazistych) i borowinowych, ogólny stan chorego znakomicie się poprawił, odżywienie się wzmogło. Przy têm chory ożywił się był wesoły, rozmowny i z przyjemnością zabawiał się w towarzystwach. Zdawało się, iż choroba ustąpiła zupełnie. Wśród tak świetnego stanu ogólnego chory, którego codziennie widywałem, nagle rano 13 lipca skarży się, że zaczyna mu wracać dawne osłabienie, że nie dobrze spał w nocy, że ma niesmak w ustach, czuje się znużonym i zupełnie stracił humor, ale białka w moczu wcale nie dostrzegł. Badając wtedy chorego znalazłem, że ma przygnębiony wyraz twarzy, język obłożony, a przytém w przewodzie pokarmowym wyśledziłem znaczne nagromadzenie kału, lubo stolec codziennie bywał obfity. W moczu ani w dniu poprzednim ani z nocy ani też w moczu oddanym w czasie badania białka nie było ani śladu. Uważając przepełnienie kałem przewodu pokarmowego za przyczynę nadmienionych zaburzeń ogólnych poleciłem choremu, aby zaprzestał leczenia zdrojowo-kąpielowego, zachował ścisłą dyjetę i użył oleju rącznikowego. Ten ostatni wkrótce sprawił kilka obfitych wypróżnień stolcowych. W moczu oddanym pod wieczór wystąpił ślad białka zaledwie dostrzegalny. Na drugi dzień, 14 lipca, stan chorego nie poprawił się, nie odzyskał on ani humoru ani łaknienia, język miał obłożony, a w przewodzie pokarmowym znalazłem lubo mniejsze to przecież jeszcze znaczne nagromadzenie kału; dla tego poleciłem mu, aby powtórnie użył oleju rącznikowego. Mocz z nocy nie zawierał białka, ale w moczu drugim, oddanym około południa, wystąpiła bardzo duża ilość białka, nie znalazłem w nim jednak ani wałeczków ani ciałek krwi lub ropy, jedynie tylko kryształki kwasu moczowego i nieliczne kryształki szczawianu wapniowego. 15 lipca stan ogólny o tyle się zmienił, iż nieco poprawiło się łaknienie, język był mniéj obłożony, a w przewodzie pokarmowym nie było większego nagromadzenia kału. Badając skrzętnie chorego przez trzy tygodnie kilkanaście razy nie znalazłem wybitniejszych zmian w żadnym narządzie; zdziwiłem się przeto, skoro tym razem spostrzegłem znaczny obrzęk śledziony, schodzący na 4 palce poniżéj łuku żebrowego. Obrzęk ten był bardzo miękki, ciastowaty, a dotykanie go sprawiało choremu nie tyle bólu, ile raczéj doznawał on bardzo niemiłego uczucia. To spostrzeżenie było dla mnie tém dziwniejszém, iż poprzednio, przed owém nagromadzeniem się kału, stanowczo stwierdziłem, że nie było obrzęku śledziony; nadto nie mogłem wynaleźć żadnych podstaw do rozpoznania zakażenia zimniczego czyto dawniejszego czytéż świeżego. Ponieważ obrzęk śledziony był bardzo miękki, ciastowaty, przeto wstrzymałem się na razie od podania innych leków, a zastosowałem prąd przerywany na okolicę śledziony. Po dziesięciu minutach faradyzacyi obrzęk wybitnie zmniejszył się i stał się o tyle twardszym, że można było wybadać grubość jego brzegów. Ciepłotę od tego czasu badałem 3 razy dziennie, ale przez cały bieg choroby nie wystąpiła w niéj żadna nieprawidłowość. W moczu z nocy białka było bardzo dużo w moczu w dwie godziny późniéj oddanym (zaraz po faradyzacyi) był zaledwie dostrzegalny ślad białka, w moczach zaś następnie oddawanych wcale nie było białka. 16 lipca. Stan chorego cokolwiek polepszył się; nie czuł on już niesmaku w ustach, łaknienie powróciło, usposobienie jego było weselszém. W moczu oddanym po nocy nie było białka, w następnym zaś był ślad zaledwie dostrzegalny, a potém białka wcale nie było. Nadto kilkakrotnie badałem mocz pod względem ilości uroksantyny i zawsze znajdowałem jéj powiększenie, raz mniejsze, innym razem znaczniejsze. 17 lipca. Chory czuje się dosyć dobrze, ale narzeka, że po wstaniu z łóżka doznawał dosyć silnego bólu w okolicy śledziony. Przy badaniu znalazłem śledzionę znacznie mniejszą niż przedtém, tuż pod łukiem żebrowym, o brzegach dosyć grubych, była ona jednak dosyć miękką. Zastosowałem znowu prąd przerywany, poczém śledziona tak się zmniejszyła, że jéj wymacać nie mogłem. Mocz z nocy nie zawierał białka, w moczu zaś drugim znalazłem ślad tegoż, a w następnych moczach znowu białka nie było. 18 lipca. Chory znowu jest więcéj zgnębionym, lubo mu nic nie dokucza. Ma on dobry apetyt i sen, czuje się jednak osłabionym, czuje, że dawna jego choroba wróciła. Nie byłem w stanie znaleźć żadnych zmian w ustroju, a wielkość śledziony była prawidłową. W moczu z nocy białka nie było, ale

znaczną jego ilość znalazłem w moczu następnym, a w późniejszych znowu go nie było ani śladu. To okresowe, lubo nie zbyt regularne, zjawianie się białka w moczu, również zjawienie się dużego obrzęku śledziony, dla którego nie mogłem znaleźć należytéj przyczyny, przemawia za têm, iż to zaburzenie polega na zboczeniu w czynności nerwów, i to mnie nakłoniło, iż poleciłem choremu, aby używał rano i wieczór po 0·5 gm. chloranu chininu. 19 lipca. Skutek tego leku był bardzo dobrym, gdyż chory czuł się więcéj ożywionym, silniejszym, a białka w moczu wcale nie było. Dla zapewnienia się jednak, czy polepszenie przypisać należy działaniu chininu, poleciłem, aby chory go nie używał, a natomiast brał daléj kąpiele gazowo-wodne naprzemian z borowinowemi. 20 lipca. Stan chorego nie pogorszył się, w drugim jednak moczu wystąpił ślad białka a w następnych moczach znowu go nie było. 21 lipca. Chory w ogóle czuje się mniéj ożywionym, nieco osłabionym. W moczu po wstaniu z łóżka znalazłem mały ślad białka a w drugim moczu po kąpieli gazowo-wodnéj, oddanym o godzinie 12téj, ilość białka była bardzo dużą. Poleciłem choremu, aby używał rano i wieczór po 0·5 chloranu chininu w proszkach. 22 lipca. Stan chorego znowu polepszył się. W moczu tak pierwszym jak drugim znalazłem zaledwie dostrzegalny ślad białka, a w dalszych moczach go nie było. 23 lipca. W moczu z nocy ślad białka, w moczu drugim znalazłem dużo białka, w następnych zaś moczach białka nie było. 24 lipca. Znowu chory czuje się gorzéj, czuje się osłabionym, przygnębionym, ale nie mogłem wykazać żadnych zmian w ustroju. W moczu z nocy znalazłem białka dużo, a w drugim moczu bardzo dużo. Poleciłem, aby chory więcéj się już nie kąpał, a używal rano i wieczór po 1·0 chloranu chininu w rozczynie. 25 lipca. W moczu pierwszym i drugim białko było jednakowo w dużéj ilości, a potêm go nie było. 26 lipca. W moczu z nocy był wyraźny ślad białka, w moczu drugim nie było żadnego śladu, w moczu trzecim znowu ślad białka, a potêm nie mogłem go wykryć. 27 lipca. W moczu pierwszym nic białka nie było, podczas gdy w drugim i trzecim było go dosyć dużo, a potêm znowu białko zginęło. 28 lipca. W moczu pierwszym nie było białka, w drugim był ślad zaledwie dostrzegalny, a w następnych znowu białka nie było. 29 lipca. W pierwszym moczu znalazłem dużo białka, w drugim ślad zaledwie dostrzegalny, a w następnych moczach znowu białka nie było. Ponieważ chory narzeka na niemiłe, uboczne zaburzenia, wywołane działaniem chininu, a z drugiéj strony ponieważ nie mogłem dopatrzyć się, aby chinin istotnie wpływał czyto korzystnie, czytéż niekorzystnie na zjawianie się białka w moczu, przeto zaniechałem używania tegoż, i podania jakichkolwiek innych środków, mając to na celu, aby przez pewien czas daléj badać chorego, zanim przedsięwezmę dalsze leczenie. 30 lipca. W żadnym moczu przez cały dzień nie było białka. 31 lipca. W moczu z nocy dużo było białka a w następnych moczach tego dnia wykryć go nie mogłem, poczêm przez dwa dni moczu nie badałem z powodu nieobecności chorego. 3 sierpnia. W moczu z nocy nie było białka, w moczu drugim znalazłem ślad jego a w moczu trzecim ślad zaledwie dostrzegalny. Chory nie widząc poprawy swego stanu zdrowia oświadcza, że ma zamiar opuścić Krynicę, nie wie jednak, gdzie się ma udać, gdyż wiele już środków i sposobów leczniczych wypróbował, a wszystkie go zawiodły. Poradziłem mu, aby przeprowadził leczenie zimną wodą w jednym z zakładów, do którego miał się wprost udać.

Przypadek tutaj opisany nie jest podobnym do żadnego z opisanych w literaturze, a przy jego rozważaniu nasuwa się na myśl wiele zagadnień. Ale zbyt śmiałém byłoby moje usiłowanie, aby wyjaśnić całą genezę zjawisk, a to têm więcéj, że fizyjologija nie ukończyła jeszcze swych prac odnoszących się do wydzielania moczu, a pojawianie się w nim białka w ogóle nie jest należycie wytłumaczone. Zastanawiając się jednak nad tym przypadkiem należy przedewszystkiém przypomnieć, jakie obecnie panują poglądy na przyczynę występowania białka w moczu.

Przeciw zmianie w przybłonkach kanalików moczowych i naczyń kłębków Malpighiego jako istotnéj a ogólnéj przyczynie białkomoczu obecnie występują niemal wszyscy badacze, a upatrują jéj w zmienionéj mięszaninie krwi lub w zmienionêm krążeniu w nerkach.

Czy zmieniona mięszanina krwi sama przez się może być istotną a ogólną przyczyną białkomoczu (Stokvis, Magendie, Semmola), tego nie zdołano do dziś dnia ani należycie poprzeć ani téż obalić. Być bardzo może, że w niektórych przypadkach chorobowych dałoby się to przypuszczenie słusznie przyjąć, ale nie można go zastósować do wszystkich przypadków białkomoczu. Rozróżniano téż różne tego rodzaju białkomocze i tak: *albuminuria alimentaria* (Gubler, Brunton, Power), *alb. haematogena* (Bamberger), *alb. regulatoria* (Rosenbach).

W ostatnich czasach powszechnie przyjęto, iż występowanie białka w moczu zależy od zmienionego krążenia krwi w nerkach. Pominąwszy rozmaite tłumaczenia szczegółów zwolenników téj hipotezy możnaa rozdzielić na trzy grupy. Jedni z nich sądzą, że białko pojawia się w moczu skutkiem zwiększonego parcia krwi w kłębkach Malpighiego, gdyż rozczyn białka têm łatwiéj przechodzi przez błony, pod im większêm znajduje się ciśnieniem (Ludwig, Herrmann, Overbeck) [1]) a Bartels nadto przypuszcza, iż możebną jest zmiana w ścianach naczyń. — Drudzy za przyczynę białkomoczu uważają zmniejszone parcie krwi, tłumacząc to w ten sposób, iż przez to przepełniają się żyły nerkowe, i zwiększa się parcie w kanalikach moczowych (Edlefsen, Wolkenstein, Runeberg, Fischl). W końcu inni badacze, głównie Charcot a także Bamberger, Posner, Litten, wyprowadzają zjawianie się białka w moczu z przyczyny powolniejszego krążenia krwi w nerkach, gdyż przez to krew dłużéj styka się ze ścianami naczyń włosowatych, a więc przez nie białko przesączać się może. Z tego okazuje się, że sprawa zjawiania się białka w moczu nie jest dostatecznie wyjaśnioną, gdyż żadna z przytoczonych tutaj hipotez nie tylko nie uzyskała powszechnego uznania, ale każda z nich tak widocznie jest niedostateczną, iż nie zadowala samego autora, bo niemal każdy z nich robi pewne dodatki odnoszące się czy to do zmian w jakości krwi, czy téż do zmian w ścianach naczyń, a któreto ostatnie mają zależeć od czynności nerwów.

Odnośnie do opisanego tutaj przypadku białkomoczu przedewszystkiém należy wykluczyć działanie zaduchu zi-

[1]) Do tego poglądu przyłączyłem się w r. 1877 dostrzegłszy przy doświadczeniach nad związkiem między chłonieniem a wydzielaniem moczu (Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego 1877), iż u królików po podaniu około 100 gm. wody zawsze występował białkomocz trwający około 4 godzin.

mniczego, a to, zdaje mi się, że nie nasuwa wielkiéj trudności. Nie mogłem podejrzywać samego zakażenia zimniczego, albowiem 1) chory nie przebywał zimnicy, 2) nie mieszkał w okolicach malaryjnych, 3) przy licznych badaniach przez trzy tygodnie po przybyciu chorego do Krynicy, pomimo bacznéj w tym kierunku uwagi, nie dostrzegłem powiększenia śledziony, 4) nigdy nie dostrzeżono podniesienia się ciepłoty ciała, 5) białko w moczu nie występowało ściśle okresowo ale dosyć nieregularnie, 6) chinin nie wywierał widocznego wpływu. Również nie wydaje mi się prawdopodobném, aby obrzęk śledziony, który znalazłem w dniu 15 lipca, pochodził od ostrego zakażenia zimniczego, a to z z następujących przyczyn: 1) Krynica jest miejscowością wolną od zimnicy, nie występuje ona u stałych jéj mieszkańców; 2) chory mieszkał w domu suchym, w pokoju słonecznym na 2gim piętrze; 3) nie wystąpiło ani raz podniesienie się ciepłoty; 4) chinin nie usuwał cierpienia mimo wybitnych objawów zatrucia; 5) obrzęk śledziony nie był takim, jakim zwykle bywa w zakażeniu, tj. dosyć twardy o grubych a gładkich brzegach, ale był bardzo miękkim, ciastowatym; 6) według opowiadań chorego przy pierwszém badaniu takie same ogólne zjawiska chorobowe występowały po paru tygodniach pobytu w Szwajcaryi jako też w Zakopanem, i te zjawiska trwale utrzymywały się przez lat kilka. Daleko łatwiéj można tu wykluczyć, iż zaburzenia dostrzeżone w tym czasie w przewodzie pokarmowym nie były przyczyną przemijającego zjawiania się białka w moczu, albowiem występowało ono poprzednio bez tych zaburzeń, a utrzymywało się obecnie po ich usunięciu. Zdaje mi się, że w tym przypadku najprawdopodobniéj przyczyny zjawiania się białka w moczu szukać należy w zmienionéj czynności nerwów, które pośredniczą w krążeniu krwi w nerkach.

Równocześnie z pojawianiem się białka występowały tu pewne zboczenia w uastroju umysłowym: przygnębienie, zwątpienie, płaczliwość; nadto występowało ogólne uczucie osłabienia, którego żadną miarą wyprowadzać nie można z ubytku białka, gdyż to wydalało się w małéj tylko ilości, a chory miał doskonały apetyt i dobrze się odżywiał; w końcu z pojawianiem się białka w moczu występowała niezdolność płciowa, a ustępowała z ustąpieniem tego przypadu chorobowego. Nasuwa się przeto pytanie, czy istniał tu jaki związek między temi rozmaitemi zaburzeniami. Zdaje mi się, że nie znajdziemy podstawy, aby temu zaprzeczyć, ale z drugiéj strony nie zdołamy rozstrzygnąć, czy jedne z nich za przyczyny a inne za skutki uważać należy, czy też należałoby je przyjąć jako objawy współrzędne. Moje osobiste zapatrywanie przechyla się do tego ostatniego przypuszczenia, i zaliczam ten przypadek do grupy mało jeszcze zbadanych zaburzeń chorobowych zwanych niedomogą nerwową, któreto zaburzenia mają się szerzyć na podstawie zboczeń w czynności nerwów naczynio-ruchowych, a jak wiadomo, mogą się one przeważnie usadawiać w rozmaitych narządach: w sercu, w żołądku, w nerwach czuciowych, nie pomijają téż narządu władz umysłowych. W tym przypadku usadowiłyby się głównie w narządzie moczo-płciowym.

Wystąpienie obrzęku śledziony, dla którego należało wykluczyć pochodzenie zimnicze, możnaby nawiązać z resztą przypadów chorobowych: możnaby przypuszczać, że ta sama przyczyna, która sprawiła zboczenie w czynności nerek, mogła także wpłynąć na powiększenie się tego narządu. Jeżeli się jednak uwzględni, że ten obrzęk śledziony wystąpił równocześnie z zaburzeniami w przewodzie pokarmowym, że łatwo dał się usunąć, a jego ustąpienie przypada prawie w tymże czasie, w którym ustąpiły zboczenia w narządzie trawienia; to niemniéj jest prawdopodobnym ściślejszy związek między temi dwoma przypadami chorobowemi nie zależnie od reszty zaburzeń.

V. Oceny i sprawozdania.

Melcher i Ortmann: **O przeszczepieniu trądu na królika.**

Ostatni badacze zajmujący się szczepieniem trądu, Damsch i Vossius, przyszli do wyniku, że laseczniki, mające być przyczyną trądu, rozwijają się i mnożą w ustroju zwierzęcym. Nie udało im się jednak wywołać ani ogólnego zakażenia zwierząt szczepionym jadem, ani też sprowadzić takiego schorzenia wewnętrznych narządów, któreby niewątpliwie odnieść można było do przeniesienia się jadu z miejsca szczepienia za pośrednictwem krążenia. Z doświadczeń wspomnianych badaczy wynika tylko, że najbliższe sąsiedztwo miejsca szczepienia ulega z wszelką pewnością zakażeniu. Okoliczność ta świadczy najwymowniéj, że ustrój królika stanowi przydatną glebę dla rozwoju laseczników trądu. Ujemny wynik wspomnianych doświadczeń tłumaczą Melcher i Ortmann zbyt długim okresem wylęgania. Do wypowiedzenia tego zdania uprawniają ich doświadczenia, uwieńczone pomyślnym rezultatem.

Dnia 6 Kwietnia 1884 r., wszczepili oni dwom królikom maleńkie cząsteczki guza trądowego do przedniéj komórki oka. Guz pochodził z człowieka, cierpiącego na trąd skórny *(lepra nodosa)*. U jednego królika nie wywołało szczepienie żadnéj reakcyi ze strony oka, gdy tymczasem u drugiego wystąpiło lekkie przyćmienie rogówki i wytworzył się zrost tęczówki z rogówką *(synechia anterior)*. Pierwsze zwierzę zdechło niestety w krotkim czasie. U drugiego królika przebieg pooperacyjny był z wyjątkiem wspomnianego zaćmienia rogówki i jéj zrostu z tęczówką wcale zadowalający. Dnia 13 lutego 1885 r., a więc po upływie mniéj więcéj 300 dni od operacyi, zwierzę bez poprzednich objawów chorobowych nagle zdechło.

Badanie ogolonéj skóry królika nie wykazało żadnych zmian. Wewnętrzne narządy, z wyjątkiem płuc, nie przedstawiały również żadnych zmian, gołém okiem dostrzegalnych. Płuco prawe w dolnych swych częściach jest zbitsze, barwy szaroczerwonéj, i posiada drobniutki, białawy nalot. Warstwy miąższu płucnego przylegające do opłucny mieszczą w sobie odosobnione guzki twarde, wielkości główki szpilki, barwy szarawéj. Niektóre guzki zlewają się w gromadki wielkości grochu. Na przekroju posiadają guzki szaro-żółtawą barwę i są oddzielone od tkanki płucnéj żółtą otoczką. Opłucna ćmawa, wejrzenia ziarnistego. Tu i ówdzie wiszą guzki, wielkości soczewicy, przyczepione do opłucny zapomocą cienkich szypułek. Płuco lewe przedstawia te same zmiany, tylko w mniejszym stopniu. Przy staranném badaniu całego płuca okazało się, że zmiany chorobowe umiejscowiły się tylko w powierzchownéj warstwie miąższu płucnego — i głównie w saméj opłucny, gdy tymczasem środkowe części płuc były zupełnie zdrowe. — Podobne guzki i zgrubienia, jak na opłucny, napotkano także na ściennéj blaszce osierdzia i w naczyniówce oka szczepionego.

Jakkolwiek zmiany w płucach zdawały się na pierwszy rzut oka odnosić do świeżéj, ostréj gruźlicy, to przecież obecność guzków w osierdziu i naczyniówce kazała domyślać się, że zmiany te zawdzięczają zaszczepionemu trądowi

swe powstanie. Badania drobnowidowe wspomnianych guzków wykazały niewątpliwie, że zmiany opisane były przyrody trądowéj. Zdołano bowiem wykryć wszędzie gromadki laseczników, właściwych trądowi.

W otoczeniu blizny rogówkowéj napotkano naciek zapalny, a w nim komórki już to małe, okrągłe, lub wrzecionowate, już też komórki większe, mieszczące w sobie gromadki laseczników. Nadto udało się badaczom odszukać w bliźnie maleńki kawałeczek tkaniny, która wprawdzie sama nie barwiła się, ale posiadała dość liczne laseczniki, po części źle się barwiące. Ten szczątek tkaniny uważają autorowie za resztę wszczepionéj tkanki trądowéj. — W tęczówce, w wyrostkach rzęskowych i w naczyniówce znaleziono liczne ogniska zapalne, w których znajdowało się mnóstwo komórek, zawierających laseczniki. Guzki mieszczące się w płucach są otoczone dosyć szeroką, czerwonawą obwódką. Obwódka ta składa się z drobniutkich, okrągłych czerwonawych ognisk, blisko siebie ułożonych. Przy silnych powiększeniach (immersya $\frac{1}{12}$) przekonać się można, że owe drobniutkie ogniska, złożone są z okrągłych i owalnych komórek, naszpikowanych formalnie lasecznikami. Uwydatnić trzeba, że przeciwnie w nekrotycznych środkowych częściach opisanych guzków napotkano tylko bardzo nieliczne, odosobnione prątki. Autorowie sądzą, że udało im się dopatrzeć związku laseczników z naczyniami krwionośnemi. Na podłużnych bowiem jak i poprzecznych przekrojach ścian naczyniowych widzieli liczne szeregi wielkich komórek, wypełnionych lasecznikami. Również napotkali liczne prątki wewnątrz komórek śródbłonka naczyń — a w świetle naczyń znajdowały się tu i owdzie komórki, większe od białych ciałek krwi, mieszczące w swém wnętrzu laseczniki. — W guzkach pokrywających opłucnę i osierdzie wykryto również gromady laseczników.

Na poparcie, że opisane zmiany były przyrody trądowéj, przytaczają autorowie, że laseczniki napotkano tylko wewnątrz komórek, a wiadomo, że wyłącznie śródkomórkowe rozmieszczenie laseczników cechuje tylko guzki trądowe. Wprawdzie Leyden wykazał, że laseczniki gruźlicze znajdują się także wewnątrz komórek pęcherzyków płucnych — nie należy jednak zapominać, że laseczniki gruźlicze znajdują się nietylko w komórkach olbrzymich, ale także we wszystkich innych składnikach tkaninowych. Najwięcéj atoli przemawia na korzyść laseczników trądowych okoliczność, że laseczniki badane barwiły się we wszystkich alkalicznych roczczynach anilinowych szybciéj, niż laseczniki gruźlicze.

W końcu nadmieniają autorowie, że zmiany w płucach zmarłych skutkiem trądu uważano dotychczas za zmiany suchotnicze. Widocznie nie badano dokładnie płuc, albo też nie znaleziono laseczników trądowych z powodu silnego już rozpadu miąższu płucnego. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1885. Nr. 13). *Dr. Prus.*

Volkmann: **O gruźlicy ze stanowiska chirurgicznego.**

Na Zjeździe niemieckich chirurgów w Berlinie miał Volkmann bardzo wyczerpujący wykład o gruźlicy, oparty na doświadczeniach i spostrzeżeniach wyłącznie przez chirurga poczynionych. Pobudką do tak szczegółowego w tym kierunku omówienia gruźlicy była okoliczność, że doświadczenia chirurgów nie zawsze licują z zapatrywaniami klinicystów. Wiadomo, że na sąd o klinicznem znaczeniu gruźlicy wpłynęły głównie dwie grupy faktów, a mianowicie 1) niemal nieuniknione zejście śmiertelne lub w ogólności ogromne niebezpieczeństwo, istniejące w gruźliczém schorzeniu wewnętrznych narządów, i 2) powszechne przekonanie, że gruźlica jest chorobą zakaźną, że szczepienie lub wstrzyknięcie masy gruźliczéj do krwi wywołuje zawsze ostrą, ogólną gruźlicę i że lasecznik gruźlicy jest niewątpliwie swoistym jadem téj choroby.

Wprawdzie szczepienie i inne odnośne doświadczenia wyjaśniły powstawanie ogólnéj gruźlicy prosówkowéj, nie zdołały jednak wywołać takich miejscowych schorzeń, któreby można było porównać z ogniskowemi schorzeniami, z jakiemi chirurg ma do czynienia. Okoliczność ta jest tém większéj doniosłości, jeżeli się uwzględni, że ogniskowe schorzenia gruźlicze, np. skóry, kości, stawów i t. p. nader rzadko sprowadzają gruźlicę prosówkową, i że sprawa chorobowa nosi przez bardzo długi czas cechę li tylko miejscowego schorzenia. Że mimo to wielu lekarzy dopatruje się przy każdém ogniskowém gruźliczém schorzeniu gruźlicy płuc, pochodzi to stąd, że nauka o gruźlicy rozwinęła się głównie na podstawie badań gruźlicy, umiejscowionéj w płucach.

W ostatnich 15 latach w obec udoskonalonego sposobu badania prątków powiększyły się doświadczenia o gruźlicy ze stanowiska chirurgicznego tak znacznie, że Volkmann z pobudek powyżéj wyłuszczonych uważa sobie za obowiązek przytoczyć treściwie wyniki swych spostrzeżeń.

Gruźlica skóry i tkanki podskórnéj. Toczeń (*lupus*) jest czystą formą gruźlicy skóry. Występuje nawet u osób, u których dziedziczność nie odgrywa żadnéj w tym względzie roli. Toczeń przejść może w inną formę gruźlicy skórnéj. Od tocznia odróżnić należy wrzody gruźlicze, przydarzające się przeważnie u dzieci. Pierwotnie uważano te wrzody za owrzodzenia zołzowe. Gruźlica tkanki podskórnéj międzymięśniowéj, okołostawowéj, jest nader rzadką. Zazwyczaj zostaje ona w związku z pierwotném siedliskiem choroby w gruczołach limfatycznych, w kościach lub w stawach, przyczém uwydatnić należy, że pierwotne ognisko jest czasem nadzwyczaj małe, i z tego względu przy operacyi łatwo przeoczoném być może. Ropnie występujące w gruźliczem próchnieniu kręgów należą do téj kategoryi gruźlicy.

Z pośród 57 przypadków tego rodzaju udało się Volkmannowi uzyskać w 23 przypadkach rychłozrost po należytém otwarciu ropni. Pierwotne schorzenie gruźlicze tkanki podskórnéj przydarza się u małych dzieci pod postacią zbitych płaskich guzów w skórze (*gommes tuberculeuses*). Guzy te wkrótce miękną i przebijają skórę. Przez wczesne otwarcie guzów i wypuszczenie ropy goją się takowe zazwyczaj szybko. Czasem drąży ropa w głąb i powstają wielkie głębokie ropnie gruźlicze. Ropnie gruźlicze są zawsze otoczone właściwą fijołkowo-szarą lub żółto-szarą błoną, kilka milimetrów czasem grubą, ubogą w naczynia, a wyścielaną licznemi gruzełkami. Błonę tę można łatwo odluszczyć od zdrowéj sąsiedniéj tkanki. Jeżeli po otwarciu ropni o treści sérowatéj natrafi się na rozlane zsérowacenia mięśni, to schorzenie tego rodzaju odnieść należy do kiły i uważać za zsérowaciałe kilaki. Tu brak jest wspomnianéj błony, która cechuje li tylko schorzenia przyrody gruźliczéj.

Gruźlica błon śluzowych dostępnych dla chirurga. Gruźlica języka występuje już to pod postacią wrzodów, już téż w formie guzów. Odosobnione wrzody gruźlicze z grzybiastemi wybujałościami i stwardniałém otoczeniem łatwo pomieszać można z rakiem języka, szczególnie u osób podeszłych wiekiem. Tymczasem formę guzowatą gruźlicy języka trudno odróżnić w początku od kilaków.

Dopiero dalszy przebieg, mianowicie sérowate rozmięknienie guza i przemiana w ropień daje właściwą w téj mierze wskazówkę. Gruźlicę gardła i podniebienia widział Volkmann tylko u młodych osób w okresie pokwitania. Tu pojawiają się płaskie, wielkości soczewicy, zlewające się wrzody o podstawie żółtawéj, pomiędzy któremi to wrzodami spostrzedz można przy silném oświetleniu odosobnione gruzełki prosówkowe. Wrzody te usadawiają się na łukach podniebiennych, na tylnéj ścianie podniebienia miękkiego i przełyku. Czasem następują zrosty podniebienia z tylną ścianą przełyku tak znaczne, że jama przełykowa zamkniętą jest zupełnie od jamy nosowéj. Kiła nie sprowadza podobnych zrostów, lecz raczéj rozległe ubytki. Na błonie śluzowéj nosa tworzące się wrzody gruźlicze nazywa autor *ozaena tuberculosa*. Na wargach widział Volkmann dwa razy głębokie gruźlicze wrzody. Fistula ani rozwija się najczęściéj na tle gruźliczém. Jest to już od dawna znaną rzeczą. Po przebiciu się odosobnionego wrzodu gruźliczego usadowionego w jelicie rozwija się czasem zwolna zapalenie okątnicowe (*perytiphlitis*), połączone z wytworzeniem się wielkich ropni gruźliczych i przetok. (Dok. nast.).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 18 marca 1885. Przewodniczący kol. prof. Rosner. Członków obecnych 25. Gość Dr. Halski z Wiednia.

1) Sekretarz odczytał streszczoną osnowę obrad nad wnioskiem kol. Świątka, zmierzającym do skuteczniejszego wspierania wdów i sierot po zmarłych lekarzach, oraz opinię Komitetu co do tego wniosku, zredagowaną przez kol. Domańskiego jako sprawozdawcę. Przyjęto.

2) Kol. W. Piasecki mówił: „o stosowaniu hydroterapii w porze zimowéj“.

3) Kol. Jan Rosner opisał przypadek z kliniki prof. Madurowicza: „Zarośnięcie ujścia pochwowego błoną dziewiczą, otok ropny pochwy i macicy“. (Ogłoszony już w „Przeglądzie Lekarskim“).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Madurowicz, który mniema, że przypadek opisany nie dla tego należy do rzadkich, że przedstawiał zarośnięcie pochwy w skutek błony dziewiczéj nieprzebitéj, lecz dla tego, iż po rozcięciu téj błony zamiast oczekiwanéj i zazwyczaj w podobnych przypadkach okazującéj się krwi wypłynęła ciecz rzadka, ropiasta. Przypadki, w których w takich razach wypuszczamy krew, nie są tak rzadkie; co rok w tutejszéj klinice zdarza się jeden lub dwa. Przeciwnie, takie w których nie wypływa po nakłóciu lub nacięciu krew lecz inna ciecz, należą do bardzo rzadkich, bo dotąd znamy podobnych trzy lub cztery. Daléj przypadek ten jest ważny wobec różnych teoryj powstawania i działania bakteryj, że ropa tu powstała w przewodzie zupełnie zamkniętym, z tego powodu sądzi, że prątki kuliste lub ich zarodniki musiały się tu znajdować w ciele, ale w stanie obojętnym, nieszkodliwym dla organizmu, a dopiero po nagromadzeniu się wydzielanéj pierwotnie cieczy, czyto krwawéj, czy śluzowéj, która nie miała naturalnego odpływu, rozwijać się i mnożyć poczęły jako w glebie przyjaznéj, wywołując zamianę téj cieczy na ropiastą. Na to zapatrywanie zgadzają się biorący udział w dyskusyi koll. Zarewicz, Mars, Gluziński i Zaremba.

Sekretarz.
Dr. Dobruchowski.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 9 stycznia 1885.

Obecnych członków sześciu i gość Dr. Kittel z Franzensbadu. Do przewodniczenia zaproszono kol. Świderskiego.

Wicherkiewicz wygłasza swój odczyt „o kokainie i jego wartości leczniczéj, mianowicie w dziedzinie okulistyki“. Odczyt ten umieszczonym został w Przeglądzie Lek.

W rozprawie nad powyższym tematem zabiera głos kol. Koszutski zapytując się, ażali prelegent używał także kokainu poskórnie, na co tenże potakująco odpowiadając w krótkich słowach streszcza przebieg dość znacznego zapalenia tęczówko-rzęskowego towarzyszącego zaćmie urazowéj, w którymto przypadku boleści znaczne pozbawiające chorego snu i daremnie zwalczane wypróbowanemi środkami zadziwiająco prędko ustąpiły na 24 godzin po podskórném zastrzyknięciu 0,01 chlorku kokainu.

Następnie kol. Koszutski zwraca uwagę na odmienne od dawniejszego postępowania Listera przy operacyjach i opatrywaniu ran. Lister odrzuciwszy dotychczasowe swe środki przeciwgnilne i odwietrzające używa do opatrunku tylko połączenia białka z sublimatem. Nawiązując do tego wyraża kol. Koszutski przekonanie, że w naszych stosunkach kwas karbolowy nie tak prędko w chirurgii porzuconym zostanie, a ze względu na to, wita nowy przez chemika Liebiga sporządzony wytwór kwasu karbolowego we formie trwalszych kryształków, które w oddzielonych już częściach w papierze przechowywane ułatwiają lekarzowi prędkie przyrządzenie odpowiednio silnych roztworów.

Po zakończeniu części naukowéj posiedzenia, przystąpiono do wyboru zarządu. Dotychczasowy zarząd postanowiono przez aklamacyję w urzędowaniu zatwierdzić. W końcu zdaje sekretarz sprawę ze stanu kasy. *Dr. Wicherkiewicz.*

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj, Nauk poznańskiego z dnia 6 lutego 1885.

Obecni koledzy: Świderski, Koszutski, Zielewicz, Kapuściński, Święcicki, Osowicki, Stan i sekretarz. Przewodniczy posiedzeniu kol. Świderski.

Protokół odczytano i podpisano. Załatwiono również sprawę czytelni lek.

Kol. Osowicki przedstawia następnie 5-letnią dziewczynkę, u któréj przed kilku miesiącami wypiłował kolano, przyczém tak kość goleniowa, jakotéż udowa w znacznym rozmiarze z powodu ognisk gruźliczych musiała być wyciętą. Przypadek ten korzystny dał wynik, gdyż kostnina przedstawia się dobrze stężoną, a cała odnoga tylko 2cm. krótszą od drugiéj nogi. Do opatrunku użyto jodoformu w bardzo znacznéj ilości bez zakażenia.

Kol. Koszutski wspomina o chorobach obecnie nagminnie panujących (zimnica i błonica z płonicą, żarnice, krztusiec, zapalenie połyku i gardła).

Następnie wzywa przewodniczący, gdy kol. Zielewicz w kilku słowach pośmiertne zrobił wspomnienie o zmarłych niedawno kolegach Gustawie Piotrowskim, Brodowiczu i Żulińskim, obecnych do oddania czci zmarłym członkom przez powstanie, co téż nastąpiło.

W końcu przedkłada sekretarz przysłane dla sekcyi dzieło prof. Szokalskiego pod tytułem: „Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie“.

Dla spóźnionéj pory uproszono kol. Święcickiego, ażeby zapowiedziany odczyt swój „o płodach zbutwiałych“ zechciał na następném wygłosić posiedzeniu.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VII. 14ty Zjazd Towarzystwa niemieckich chirurgów w Berlinie (dnia 8go — 11go kwietnia 1885 r.)

Dnia 8go b. m. w południe zagaił Langenbeck w wielkiéj sali Uniwersytetu berlińskiego pierwsze posiedzenie czternastego Zjazdu Towarzystwa niemieckich chirurgów. Oprócz wszystkich wybitniejszych osobistości lekarskich tutejszych, wzięło udział w posiedzeniach Zjazdu bardzo wielu chirurgów niemieckich i zagranicznych tak, że liczba uczestników dochodziła czterystu. Z lekarzy polskich brali udział prof. Mikulicz i Dr. Szymkiewicz z Krakowa, Drowie Chwat z Warszawy, Rydygier z Chełmna, Wysocki z Poznańskiego, Horoch asystent prof. Alberta z Wiednia, z Pragi zauważyłem między innymi Drów Wünsch-Zdeborskiego i Steppana.

W przemówieniu swém, które było niejako krótkiem

srawozdaniem z rozwoju Towarzystwa, zawiadomił L. po przystąpieniu do Towarzystwa 16tu nowych członków, wśród których są lekarze z Chicago, Holandyi i Dr. Haszimoto, dyrektor szpitala w Tokio w Japonii. Towarzystwo liczy obecnie 345 członków.

Naukowe rozprawy rozpoczął prof. Volkmann z Hali od wykładu o doświadczeniach poczynionych przez chirurgów wśród leczenia spraw gruźliczych [1]). Mowca nadmienił, że ogólne uznanie w oczach klinicystów zjednały sobie obecnie dwa zapatrywania. Pierwsze: że sprawy gruźlicze kończą się zazwyczaj śmiertelnie, a co najmniéj, że wśród spraw tych w narządach wewnętrznych zagraża chorym bardzo wielkie niebezpieczeństwo; drugie: że gruźlica jest chorobą zakaźną, a prątek gruźliczy niewątpliwie przyrzutem téjże. Rezultaty jednakże doświadczeń klinicystów, którzy mają sobie powierzone t. zw. „szlachetniejsze“ narządy, nie zupełnie zgadzają się z rezultatami doświadczeń poczynionych przez chirurgów. Sprawy gruźlicze będące przedmiotem badania i leczenia chirurgicznego rzadko dają powód do ogólnego zakażenia, a jeżeli zakażenie takie nastaje, należy je nazwać raczéj przypadkowém. Pochodzi to ztąd, że chirurdzy znajdują się zazwyczaj w położeniu znacznie korzystniejszém, narządy schorzałe są bowiem dostępne ich oku, albo téż mogą sobie całe ogniska zakaźne odsłonić i części schorzałe wydalić, a chirurgija jest obecnie w tym okresie rozwoju, że zabiegi pewne możnaby nazwać autopsyją na żyjącym. Wiele téż pytań, dotyczących téj najważniejszéj choroby doczeka się odpowiedzi ze strony chirurgów. W treściwém zestawieniu przedłożył V. schematyczny pogląd na sprawy gruźlicze skóry, błon śluzowych, kości, stawów, torebek ścięgnistych i gruczołów limfatycznych a ktokolwiek słyszał wykład ten, trwający przeszło godzinę, oparty na rozległém doświadczeniu, jakie V. ma w tych kwestyjach obok Königa, nie domyśliłby się bez wątpienia, że badacza tego zaliczają Niemcy do swoich lepszych fabulistów, który pod pseudonimem Ryszarda Leandra wzbogacił ojczystą literaturę swojemi: *Träumereien an französischen Kaminen.*

Wykład następny prof. Brauna z Jeny o chirurgiczném leczeniu zagłoby jelit wywołał żywą dyskusyję, poczém omówił Grimm (asystent prof. Bergmanna) rzadki przypadek chyluryi, obserwowany w tutejszéj klinice.

Przedstawienia chorych i preparatów odbywały się w sali wykładowéj i operacyjnéj tutejszéj kliniki chirurgicznéj. Zauważyć muszę, że jakkolwiek w sali téj wspaniałéj brało udział w pracach Zjazdu około 300 osób, nie można się było wcale użalać na duszność lub gorąco. Nie podobna w niniejszém sprawozdaniu wyliczać nawet tych demonstracyj, to téż ograniczę się do wzmianki o najwięcéj zajmujących. Docent Fehleisen (z Berlina), przedstawił szereg preparatów i rysunków mających zestawić zalety i wady metod operacyjnych, używanych celem wydobycia kamieni moczowych za pomocą cięcia. W związku z tą demonstracyją był wykład Antala (z Budapesztu) o własnéj modyfikacyi operacyi t. zw. wysokiego cięcia. Prof. Sonnenburg (z Berlina), okazał preparaty z dwóch przypadków wycięcia pęcherza moczowego, które się zakończyły niepomyślnie. Po wykładach Königa i Bramana (z Berlina), pierwszego: O nowéj metodzie wycięcia stawu skokowego, drugiego: O operacyi tętniaka tętnicy karkowéj, największéj zajęcia wzbudzało i żywe oklaski wywołało zdanie sprawy z doświadczeń podejmowanych przez Gärtnera, lekarza sztabowego, pracującego w państwowym Urzędzie zdrowia nad działaniem przeciwpasorzytném i przeciwgnilném rozczynów kwasu karbolowego o różném zgęszczeniu. Autor poddawał badaniu nie tylko skórę zwierząt, lecz także noże, inne narzędzia, jedwab, ręczniki itp. i przekonał się, że 3% rozczyn kw. karbolowego zabija w przeciągu kilkunastu sekund wszystkie zarodki pasorzytów znanych obecnie chirurgom. Kw. karbolowy jako *antisepticum* w wielu względach zasługuje na pierwszeństwo przed sublimatem, a zapatrywanie przeciwne nie jest uzasadnioném. (Prof. Mikulicz wypowiedział to zdanie już na zeszłorocznym Zjeździe w Berlinie, a następnie w *Przeglądzie Lek.*). W tym samym kierunku mówił Kümmel z Hamburga, który do tych samych doszedł wyników.

Popołudniowe posiedzenie we czwartek było widownią zapasów na temat gruźlicy, w których przedewszystkiém brali udział Volkmann i König; ze względu na przedmiot uczestniczył Koch téj gorącéj rozprawie.

Posiedzenie przedpołudniowe w piątek obfitowało w zajmujące demonstracyje, z których przedewszystkiém wspomnieć wypada o przypadkach *spinae bifidae,* wyleczonych za pomocą wstrzykiwań jodu (100) przez Laugenbecka i za pomocą operacyi przez Bergmanna. Nie mniéj interesującym był przypadek szpary w podniebieniu, niekwalifikującéj się do operacyi zwykłéj, w którym po operacyi przez siebie zmodyfikowanéj, a wreszcie po zastósowaniu obturatora, doprowadził prof. Wolff do niezwykłéj w tych przypadkach poprawy mowy u dziewczynki 10letniéj.

Do tego samego działu chirurgii jamy ustnéj należały przypadki i preparaty przedstawione przez Rudophiego i prof. Sauera, ostatnie z tujejszego zakładu dentystycznego i przypadek prof. Rankego: Wypiłowanie szczęki dolnéj z powodu prawdziwego stężenia w stawie po jednéj stronie — z rezultatem bardzo pomyślnym.

Z kolei nastąpiły demonstracyje z zakresu chirurgii przewodu pokarmowego i moczowego. W dziale tym miała Polonia dwóch reprezentantów, pierwszym był Dr. Kajetan baron Horoch z Wiednia, który okazał i objaśnił rysunkami preparaty: jeden nerki wyciętéj całkowicie, drugi śledziony wyciętéj przez prof. Alberta; drugim Dr. Rydygier, który okazał preparaty z ostatnich wycięć żołądka dokonanych przez siebie, przyczém zauważył, że kobiety lepiéj znoszą ten zabieg operacyjny niż mężczyźni. Z trzech kobiet operowanych wszystkie mają się zupełnie dobrze, podczas gdy u dwóch mężczyzn nastąpił wynik śmiertelny. Hacker, asystent prof. Billrotha z Wiednia, okazał preparaty z 2ch wycięć żołądka wykonanych w ostatnich czasach z rezultatem pomyślnym przez prof. B. i przez siebie. Statystyka prof. B. wykazuje, że na 18 operowanych uzyskano w 8miu przypadkach rezultat pomyślny.

Posiedzenie w auli rozpoczął Langenbeck od czytania dziękczynnych telegramów od Sir James Pageta i Józefa Listera, którzy zostali na pierwszém posiedzeniu wybrani członkami honorowymi Towarzystwa; poczém Bergmann przedstawił zapatrywania swoje na sprawę ucisku mózgowego (nie zgadzając się z zapatrywaniami prof. Adamkiewicza). Piękny tak co do formy jakotéż treści wykład wywołał żywe oklaski.

Przedostatnie posiedzenie rozpoczęto od dyskusyi na temat o leczeniu końskiéj stopy, odnośnie do wykładu Bessel-

[1]) Sprawozdanie z tego wykładu podajemy powyżéj. *Red.*

Hagena o leczeniu tego zboczenia za pomocą wyjęcia kości skokowéj. Lauenstein z Hamburga powrócił jeszcze do tematu o wycięciu żołądka: metoda jego ma na celu skrócić trwanie operacyi do 2½ godziny, którą dotąd wykonywa się przez 4 do 5 godzin. Esmarch przedstawił szereg przyrządów własnego pomysłu z zakresu chirurgii polowéj; Kümmel (z Hamburga) chorego operowanego według metody prof. Mikulicza. Wreszcie wszczęła się obszerna rozprawa nad operacyjami wargi zajęczéj.

Ostatnie posiedzenie wypełniły sprawy administracyjne. Ze sprawozdania kasowego okazało się, że Towarzystwo ma obecnie 56.000 m. majątku. Budowa własnego domu mającego służyć wyłącznie na cele Tow. chir. niem. będzie niebawem możliwą. Po kilku krótkich wykładach i demonstracyjach wybrano przewodniczącym przyszłego Zjazdu prof. Langenbecka.

Po tém posiedzeniu podejmował prof. Mikulicz na Zjeździe obecnych Polaków i Czechów ucztą w hotelu „Kaiserhof". W gronie tem był również inżynijer p. Saré, który już od kilku dni zwiedza tutejsze zakłady naukowe.

Berlin d. 12 kwietnia 1885. *Dr. Schaitter.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w marcu 1885.

Tyfus brzuszny, który w lutym panował w 96 miejscowościach, 36 powiatów, rozszerzył się w marcu na 103 miejscowości 34 powiatów. Najwięcéj nawiedzonych tą chorobą gmin było w powiecie mościckim (12 gmin), jaworowskim (11), grodeckim (8) żółkiewskim (4). Wszystkie te powiaty sąsiadują z sobą i we wszystkich tych samych powiatach tyfus brzuszny był w lutym najwięcéj rozpowszechnionym. Prócz tego panował tyfus w 5 gminach powiatu horodeńskiego i w 4ch gminach powiatu czortkowskiego tudzież jasielskiego. Z 2770 chorych leczonych w marcu wyzdrowiało 1655 osób czyli 59·7%, umarło 226 czyli 8·2%, pozostało w leczeniu 889 chorych. Największa ilość chorych była w Dzibałkach (107) w pow. żółkiewskim z przebiegiem jednak łagodnym, w tym samym powiecie także w Bojańcu (58) i Dobrosinie (51) w Kosowie w pow. czortkowskim 83 chorych, w Nienadowy (81) i w Sierakościach (55) w pow. przemyskim, w Bratkowicach (77) w pow. grodeckim, w Czyżkach (56), w Milczycach (60) i Starzawy (64) w powiecie mościskim, w Styberówce (68) w pow. brodzkim, w Sielcu (58) w pow. sokalskim, w Kontach (52) w pow. złoczowskim, w Jazowie starym (68) w pow. jaworowskim.

Tyfus plamisty także rozszerzył się, stwierdzono go w marcu w 45 miejscowościach dwudziestu powiatów, głównie w powiecie staromiejskim, sąsiednim samborskim, drohobyckim i tureckim, także w mieście Jaworowie. Z 1054 leczonych w marcu chorych wyzdrowiało 644 czyli 61·1%, umarło 71 czyli 6·7%, pozostało w leczeniu 339 osób. Wyżéj 50 chorych w jednéj miejscowości stwierdzono w Kozłowie (57) w brzeżańskim pow., w Rożniatowie (62) w pow. dolińskim, w Dołhem (80) w pow. drohobyckim, w mieście Jaworowie (79), w Woli zgłobieńskiéj (72) w pow. rzeszowskim, w Jorhanowicach (50) w pow. samborskim, w Pitryczu (51 na ludność 165 osób) w pow. stanisławowskim,

Dyfteryję stwierdzono w czterech miejscowościach trzech powiatów, w ogóle z przebiegiem łagodnym, gdyż na 123 leczonych chorych wyzdrowiało 67 czyli 54·5%, umarło 16 czyli 13%, pozostało w leczeniu 40 osób w dwu miejscowościach.

Szkarlatyna, która, jak to już w poprzedniém sprawozdaniu podniesiono, już od połowy grudnia r. z. coraz bardziéj wygasa, panowała w marcu tylko w 28 miejscowościach 19tu powiatów, szczególnie w powiecie wielickim, sanockim i staromiejskim, zresztą zaś tylko po jednéj gminie 15tu powiatów. Z 564 leczonych w marcu chorych wyzdrowiało 376 osób, czyli 66·7%, umarło 74 czyli 13·1%, pozostało w leczeniu 114 chorych w dziewięciu gminach.

Odra wzmogła się znacznie, sprawdzono ją w 126 miejscowościach 28 powiatów, a szczególnie w powiecie żywieckim rozszerzyła się ona tak dalece, że w 26 miejscowościach tego powiatu było 2484 chorych, z tych wyzdrowiało 1502, umarło zaś 112, także w sąsiednim bialskim powiecie panowała odra w 9ciu gminach, w tyluż w jarosławskim, w chrzanowskim w siedmiu, sandeckim w ośmiu.

Z 6797 leczonych w marcu chorych wyzdrowiało 4769 czyli 70·2%, umarło 379 czyli 5·6%, pozostało w leczeniu 1649 a więc nieco mniéj jak z końcem lutego (bo wówczas 1732).

Krztusiec stale zmniejsza się; w marcu stwierdzono go jeszcze w 58 gminach 25ciu powiatów, przeważnie w złoczowskim, w dziewięciu miejscowościach i w sąsiednim przemyślańskim w sześciu gm. także w mościskim w ośmiu gminach. Największą ilość ofiar zabrała ta choroba w powiecie złoczowskim, a zwłaszcza w miasteczkach Pomorzanach i Jezierny; w ogóle w tym ostatnim powiecie umarło w marcu 31 osób na 529 leczonych z powodu krztuśca chorych, a od początku epidemii w tych samych 9ciu gminach umarło 157 chorych.

Z 2854 leczonych w całym kraju chorych z krztuśca wyzdrowiało w marcu 1791, czyli 62·8%, umarło 128, czyli 4·5%, pozostało na kwiecień 935 chorych w 24 miejscowościach.

Ospa panowała w marcu w tych samych powiatach jak w obu poprzednich miesiącach, lecz rozszerzyła się mianowicie w powiecie sandeckim bardzo znacznie. Również w mieście Lwowie stwierdzono dosyć znaczne pogorszenie.

W ogóle panowała ospa w marcu w 65 miejscowościach 18 powiatów i w stolicy kraju. Najwięcéj rozszerzoną była w powiecie sandeckim, w 19 miejscowościach stwierdzono 427 chorych, z których 297 wyzdrowiało, a 44 umarło. Mniéj groźnie wystąpiła ospa w sąsiednim powiecie gorlickim, w 11 miejscowościach stwierdzono 140 chorych, z których 103 wyzdrowiało, a tylko 12 umarło. W mieście Lwowie doszło w marcu do wiadomości urzędowéj 145 przypadków zachorowania na ospę, co w każdym razie jest cyfrą zbyt niską w porównaniu do liczby zmarłych w tym miesiącu, t. j. do 61. Na kwiecień pozostało we Lwowie 37 chorych.

Z 1161 leczonych w kraju chorych ospowych wyzdrowiało w marcu 568 szczepionych (73·3%), 170 nieszczepionych (46·6%), umarło 48 (6·2%) szczepionych a 116 (30·1%) nieszczepionych, pozostało w leczeniu 259 chorych w 32 miejscowościach, w końcu lutego była niemal równa ilość chorych 258 w 31 miejscowościach.

Lwów, dnia 13 kwietnia, 1885. *Dr. Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,1. Z płonicy umarło 2 (2 z. t.); z duru brzusznego 4 (0 z. t); z róży 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry i 1 przypadku płonicy. W tygodniu od 15—21 marca umarło z ospy w Londynie 19, leczyło się w szpitalach 913, świeżo zapadło 145. Po 1 umarło z ospy w Paryżu, Liworpolu, Manchester, Petersburgu, Aleksandryi i Madrasie, po 2 w Warszawie, Odesie, Kalkucie, 3 w Pradze, 4 w Bombayu, 7 w Wenecyi, 8 w Rzymie, 17 w Wiedniu. Odra panuje w Stokholmie, gdzie z niéj umarło 28. Z cholery umarło w Kalkucie od 24—31 stycznia 17, w Madrasie od 7—13 lutego 19, w Bombayu od 11—17 lutego 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 45,4; w Warszawie 28,6; w Poznaniu 19,3; w Wiedniu 32,2; w Pradze 31,1; w Berlinie 23,3; w Hamburgu 26,1; w Gdańsku 29,7; w Wrocławiu 28,6; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 25,5; w Mnichowie 35,4; w Bazylei 21,2; w Brukseli 21,5; w Amsterdamie 30,9; w Hadze 29,4; w Paryżu 25,3; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 23,6; w Stokholmie 33,4; w Chrystyjanii 23,2; w Petersburgu 34,7; w Odesie 30,8; w Rzymie 29,8; w Wenecyi 35,0; w Bukareszcie 28,1; w Aleksandryi 36,0; w Nowym Yorku 29,3; w Filadelfii 36,4; w Bombayu 28,7; w Madrasie 43,0. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 kwietnia. Wczoraj odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku zwłoki śp. Alfreda Wolframa,

asystenta kliniki lekarskiéj. Urodzony w r. 1858 utraciwszy w dziecięctwie rodziców od najmłodszych lat był zmuszony w znacznéj części sam sobie pomagać; z trudem materyjalnym, ale pierwszy między kolegami kończy gimnazyjum w Krakowie, aby następnie w r. 1876 wstąpić na Wydział lekarski a w styczniu 1882 otrzymać dyplom doktorski. Zamiłowany w pracy, obdarzony nieposledniemi zdolnościami wkrótce znajduje pole do dalszego kształcenia pod upragnionym kierunkiem ostatniego swego przełożonego otrzymując posadę asystenta kliniki lekarskiéj w naszym Uniwersytecie. Na stanowisku têm zyskał sobie uznanie swego kierownika, szacunek i miłość kolegów, a wdzięczność tych, z którymi nagromadzoną wiedzą chętnie się dzielił. Z czasu tego pochodzą prace ogłoszone drukiem, a mianowicie: 1) Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych (*Gazeta Lekarska* 1883).—2) przypadek tętniakowego prawdopodobnie wrodzonego rozszerzenia tętnicy płucnéj. Miażdżyca gałęzi tętnicy płucnéj znacznego stopnia (*Gazeta Lekarska* 1883).—3) Przyczynek po nauki o samoistném znużeniu serca. (*Przegl. Lek.* 1884).—4) O znaczeniu rozpoznawczém prątków gruźliczych. (Wykład na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu). (*Przegląd Lek.* 1884).—W ostatnich czasach z gorączkową wytrwałością i pośpiechem, jakby czuł, że mu czasu nie stanie, dokonywał poszukiwań nad zachowaniem się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych,—aby i tę pracę drukiem ogłosić, już życia nie starczyło. Żałobna ceremonija pogrzebu była najlepszym dowodem, ile szacunku i sympatyi w krótkiém swém życiu umiał sobie zjednać śp. Alfred Wolfram. — W mieszkaniu zmarłego rzewnemi słowami pożegnał prof. Korczyński swojego nieodżałowanego ucznia i asystenta, a profesorowie Wydz. lek., koledzy, uczniowie i liczna publiczność odprowadzili zwłoki na miejsce wiecznego spoczynku, gdzie pożegnał zmarłego w imieniu kolegów Dr. Gluziński, w imieniu uczniów Wydz. lek. p. Wilson.—Niech mu ziemia będzie lekką, na któréj tak krótko żyć mu było dozwoloném! A jednak krótki ten żywot nie był bez korzyści dla kraju i społeczeństwa. Śp. Wolfram dostarczył dowodu, jak śród stosunków niekorzystnych można wywalczyć sobie stanowisko zaszczytne, jeżeli ze zdolnościami wrodzonemi idzie w parze chęć do pracy i skromność; skromnością też zdobywał sobie wszystkie serca, podczas gdy pilność jego wróżyła mu piękną przyszłość. Z prawdziwą dumą słyszeliśmy na Zjeździe poznańskim głosy starszych kolegów odzywające się z uznaniem o wiedzy młodego asystenta, bo uznanie to było pochlebném także dla szkoły, z któréj wyszedł ten młody a nadziei pełen pracownik. Niestety wszystkie te nadzieje pokrywa grób; niechaj przynajmniéj przykład i pamięć jego przyświecają młodszemu pokoleniu, jako zachęta do równych usiłowań i zapowiedź równych sukcesów!

* W Krakowie i w najbliższéj okolicy zaczyna się pojawiać częściéj nagminne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych. W klinice lekarskiéj krakowskiéj. w któréj dla szczupłości miejsca nie od razu zaznacza się charakter panujących chorób, mimo to zauważono od połowy stycznia b. r. już 4 przypadki téj choroby.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Monachijum, odbytém d. 1 bm. Pettenkofer i uczniowie jego wystąpili z wykładami o cholerze, zbijając naukę Kocha. Pettenkofer sam zagaił niejako popis wygłoszeniem ponownêm swojego zapatrywania znanego powszechnie, opierając się nadto na dziele Dra Cunninghama, w roku przeszłym w Kalkucie wydaném. Jest on bardziéj niż dotąd lokalistą w przeciwieństwie do kontagijonistów. Po nim mówili Emmerich i Sehlen, zbijając w szczególności znaczenie prątków cholerycznych. Obecny na têm posiedzeniu kolega krakowski zapewnił nas, że z wykładów tych nie wyniósł wrażenia korzystnego, a nadto będąc późniéj u Kocha usłyszał od niego, że próby szczepienia, w sposób prosty uskutecznione, udają się teraz dobrze, tak że o słuszności swojego zapatrywania mocniéj niż przedtém jest przekonany. *Berl. klin. Woch.* donosi téż, że Koch niebawem wystąpi z wynikiem prac swoich nowszych.

* **Lwów.** Ministerstwo Oświecenia poruczyło Drowi Szpilmanowi wykłady fizyjologii w szkole weterynarskiéj obok wykładu farmakologii.

* **Nekrologija.** W Pradze czeskiéj umarł b. profesor chirurgii w tamecznym Uniwersytecie Dr. Józef Blažina w 72 roku życia. Urodzony w r. 1813 w Rożnitalu uzyskał stopień doktora w Pradze w r. 1840; zrazu był asystentem prof. Pithy, późniéj zastępcą profesora anatomii we Lwowie, a następnie profesorem chirurgii w Salzburgu. W r. 1857 został następcą Pithy w Pradze i na téj posadzie pozostał aż do r. 1879.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 15: Blumenstoka: Zbrodnia czy obłąkanie (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Jaworskiego: Studyja kliniczne nad wpływem wody karlsbadzkiéj; Sokołowskiego: Przypadek owrzodzenia gruźliczego błony śluzowéj nosa; Minkiewicza: Choroby dróg oddechowych (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 22 b. m. o godz. 6éj w Zakładzie patologii doświadczalnéj posiedzenie zwykłe, na którém prof. Adamkiewicz wyłoży rzecz o odkrytych przez siebie ciałkach nerwowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.